

**Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização de Enfermagem Médico –  
Cirúrgica**

Relatório de Estágio

***A Aplasia Medular da Pessoa com Doença Hemato-  
Oncológica – Intervenção do Enfermeiro na Gestão da  
Transição***

Volume I

**Rita Isabel da Silva Pereirinha**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico –  
Cirúrgica**

Relatório de Estágio

***A Aplasia Medular da Pessoa com Doença Hemato-  
Oncológica – Intervenção do Enfermeiro na Gestão da  
Transição***


**Rita Isabel da Silva Pereirinha**

Orientador: Prof<sup>a</sup> Eunice Sá

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“Escolhi os plantões, porque sei que o escuro da noite amedronta os enfermos.  
Escolhi estar presente na dor porque já estive muito perto do sofrimento.  
Escolhi servir ao próximo porque sei que todos nós um dia precisamos de ajuda.  
Escolhi o branco porque quero transmitir paz.  
Escolhi estudar métodos de trabalho porque os livros são fonte saber.  
Escolhi ser Enfermeira porque amo e respeito a vida!”*

**Florence Nightingale**

## **Agradecimentos**

Expresso o meu agradecimento à Senhora Professora Eunice Sá, que com os seus saberes, disponibilidade e competências acompanhou este trabalho.

Às minhas colegas Vânia, Diana e Selma, pelas importantes conversas acerca da essência de Enfermagem e pelo caminho de aprendizagem percorrido e partilhado com estas pessoas fantásticas.

Fico grata aos enfermeiros orientadores, nos vários campos de estágio, pela partilha de experiências e saberes.

Aos meus colegas e parceiros de cuidados que me acompanharam nesta jornada, dando-me força e envolvendo-se no projeto sendo elementos fundamentais na implementação deste.

À Senhora Enfermeira Elsa Pedroso, chefe do serviço de Hematologia e à Senhora Enfermeira Clara Ezequiel, que apostando na melhoria da qualidade de cuidados que prestamos, acreditaram neste projeto e o adotaram sendo de toda a equipa.

À Catarina e à Rita pelo apoio incondicional ao longo de todo este percurso.

Agradeço à minha irmã, pelo mimo com que cuida de mim e por demonstrar o quanto somos importantes uma para a outra.

À minha “estrelinha”, que apesar de não estar presente desde a altura em que ingressei nesta aventura, acredito que esteve sempre ao meu lado, apoiando-me como sempre fez, dando-me força, pelo mimo, carinho e educação que me deu durante 25 anos...Obrigada minha mãe.

Ao meu querido pai, por ser quem é, um ser maravilhoso, por me ter educado e me guiar neste caminho tortuoso que é a estrada da vida.

Ao Gonçalo que sem retraimentos, integrou este projeto, estando sempre presente e dando-me animo para continuar.

Não posso deixar de estar grata a todos aqueles que cuido e que, no dia-a-dia, são uma enorme motivação para o meu desenvolvimento profissional.

## **Siglas**

C.E. Concentrado Eritrocitário

CMPLE EMCO - Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica

DGES – Direcção Geral de Ensino Superior

EONS – European Oncology Nursing Society

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

G.B. – Glóbulos Brancos

G.V. – Glóbulos Vermelhos

IARC – International Agency for Research on Cancer

N.F. Neutropenia febril

NHF's – Necessidades Humanas Fundamentais

OE – Ordem dos Enfermeiros

QT – Quimioterapia

TMO – Transplante de Medula Óssea

## Resumo

O presente relatório tem o intuito de descrever e analisar as atividades decorrentes da implementação do projeto de intervenção que permitem a capacitação da pessoa para auto-gerir este período de transição *empoderando-a* para o seu regresso a casa.

Perante o problema que acarreta a pessoa com doença hemato-oncológica, muito direcionado à aplasia medular, resultante tanto da doença como do tratamento, é essencial prepará-la para esta nova realidade que lhe assoma. Surgiu a questão de pesquisa: *Quais as intervenções de enfermagem para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica na gestão da aplasia medular?*

A aplasia medular envolve cuidados para os quais a pessoa deve estar sensibilizada e capacitada para se adaptar e gerir de forma autónoma os mesmos. Cada vez mais surgem internamentos decorrentes dos efeitos secundários e por conseguinte da aplasia medular, sendo estes internamentos realizados já numa fase agravada da sintomatologia. Torna-se fundamental o planeamento da alta de forma eficaz e sistematizada. Diante do planeamento de alta hospitalar, que envolve toda a equipe multidisciplinar e a pessoa, enfatiza-se a atuação da enfermagem no desenvolvimento deste planeamento. Considera-se fundamental elaborar a assistência de enfermagem através de orientações e da necessidade de uma comunicação efetiva, não só manter a pessoa informada sobre a sua saúde e cuidados, mas é também essencial deixar referências que permitam o regresso a casa de forma eficaz. Verifica-se a importância do uso da nota de alta de enfermagem para manter um elo entre hospital e os cuidados de saúde primária, com o intuito de manter a comunicação sobre as pessoas, para que o seu cuidado seja interligado entre os dois níveis de atenção, a fim de manter a continuidade do cuidado.

Recorreu-se à metodologia de projeto, onde após diagnóstico da situação foi realizada a respetiva revisão sistemática da literatura. Assim, os resultados desejados da implementação do projeto foram: sistematização e planeamento da alta da pessoa com doença hemato-oncológica com a realização e aplicação do Guia de Boas Práticas para os Enfermeiros e do Guia de Recomendações para a alta. Para tal efetuou-se formação em serviço.

**Palavras-Chave:** Doença Hemato-oncológica, educação de pacientes, preparação para a alta

## Abstract

The present report has the goal to describe and analyze the ongoing activities of the implementation of the intervention project that enable the person to self-manage this transition period, empowering them to return home.

Faced with the problem of a person with a hemato-oncological disease, which is mostly focused on spinal aplasia resulting from both the disease and the treatment, it is essential to prepare it for this new reality. The question arises: *what nursing intervention must exist to allow the hemato-oncologic patient to manage spinal aplasia?*

The patients must be sensitized and be able to adapt and to self-manage the care related with spinal aplasia. More and more hospitalizations come up as consequence of the side effects and therefore the spinal aplasia, being these hospitalizations made in advanced phases of symptomatology. It is essential to plan the discharge in an efficient and systematized manner. Faced with the planning of hospital discharge, which involves multidisciplinary teams and the person, it is important to highlight the nursing development on this planning. It is fundamental to make nursing assistance through guidelines and to have an effective communication, letting the person well informed about their own health and care, being also important to leave references that allow them to return to home. The importance of using the nursing discharge note to maintain a bond between the hospital and primary health care is very high, in order to maintain communication about the people, so that their care is interconnected between the two levels of attention, saving the continuity of care.

It was used the project methodology, where after a diagnosis of situation the respective systematic review of the literature was performed. Thus, the desired results of project implementation were: systematization and planning of the discharge of the person with hemato-oncological disease with the achievement and application of Good Practices Guide for Nurses and Discharge Recommendations Guide. For this purpose, in-service training was carried out.

**Key words:** Hemato-oncologic disease, patient education, preparation for discharge

## Índice

Introdução .....	10
1. Enquadramento conceptual.....	16
1.1. Impacto da doença oncológica, período de transição que a pessoa vivência.....	16
1.2. Período de aplasia medular .....	18
1.2.1. O que esperar do tratamento com agentes anti-neoplásicos .....	18
1.3. Intervenção do enfermeiro para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica a gerir o seu período de transição.....	19
1.3.1. Gerir a aplasia medular aquando da alta clínica .....	22
2. Projeto de Intervenção Clínica .....	24
2.1. Diagnóstico da situação .....	26
2.2. Objetivos .....	27
3. Execução de tarefas.....	28
3.1. Objetivo específico: Identificar a sintomatologia da pessoa com doença hemato-oncológica após tratamento com QT.....	29
3.2. Objetivo específico: Enumerar as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem na capacitação para a gestão do período de aplasia medular da pessoa com doença hemato-oncológica.....	30
3.3. Objetivo específico: Identificar as necessidades de informação da pessoa com doença hemato-oncológica, confrontada com período de aplasia medular. ....	35
3.4. Objetivo específico: Identificar o que a equipa de enfermagem transmite à pessoa para a capacitar na gestão do período de aplasia medular. ....	39
3.5. Objetivo específico: Divulgar à equipa a necessidade de transmitir e sistematizar informação para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica na gestão do período de aplasia medular. ....	43
3.6. Objetivo específico: Capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica para a gestão do período de aplasia medular. ....	44



3.7. Objetivo específico: Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica. ....	47
4. Questões éticas .....	50
5. Avaliação crítica .....	52
6. Melhoria da qualidade dos cuidados .....	54
Conclusão e trabalho futuro .....	56
Referências bibliográficas: .....	60

## **Introdução**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, surge a realização deste relatório que tem como objetivo descrever e analisar as atividades do projeto de intervenção que pretenderam contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e desenvolver competências que permitam cuidar da pessoa em contexto hospitalar.

O presente relatório encontra-se dividido em dois volumes – volume I descrição e análise de todo o projeto de implementação e volume II anexo e apêndices do relatório de estágio.

Trabalho no serviço de hematologia, de um hospital de Lisboa há mais de três anos, e ao longo do meu percurso académico e consequentemente profissional, cruzei-me com pessoas que permitiram o meu desenvolvimento, tanto a nível profissional como pessoal. Considerando a cronicidade, percurso e tratamento da doença oncológica, esta provoca um grande impacto na pessoa a nível físico, psicológico, social e espiritual, bem como a nível familiar. Ao longo dos tempos a enfermagem tem sido emancipatória, acompanhando a evolução das ciências na área da medicina, tornando-se uma prática dinamizadora onde a proficiência de cuidados tem por base a evidência científica e estes são cada vez mais humanizados. Cabe ao enfermeiro, ao longo da sua formação, adquirir conhecimentos e desenvolver competências, de modo a ser capaz de aplicar, de forma independente, a metodologia científica, indispensável à sua prática.

A prática baseada na teoria de enfermagem tem por base o diagnóstico e a assistência perante as respostas humanas às transições vividas e mais competências na tomada de decisão (Silva, 2007). Para Rebelo (1997), a prática é um processo para atingir um fim, que se projeta no decorrer da ação. A formação é um processo de transformação individual constante, que concorre para o desenvolvimento das capacidades da pessoa e permite melhorar as suas atividades e relações. A implementação deste projeto pretende integrar estes aspetos.

Ao confrontar-me com a realização de um projeto de intervenção senti algumas dificuldades. As necessidades de intervir são incalculáveis e o projeto tem de ser exequível, envolver a equipa multidisciplinar, permitir a melhoria dos cuidados prestados e ainda o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira perita no cuidar. É com base nestes pressupostos, que defini como área de interesse: *“A aplasia*

*medular da pessoa com doença hemato-oncológica – Intervenção do Enfermeiro na gestão da Transição”.*

Na minha perspetiva e tendo em conta o que constatei junto dos profissionais de enfermagem, após os mesmos terem sido questionados pelo responsável de formação do serviço através de uma sondagem de opinião, sobre as necessidades de formação que consideravam pertinentes, foi visível a necessidade de dar resposta à temática da aplasia medular que a pessoa vivência, bem como, às consequências resultantes do tratamento com agentes anti-neoplásicos. Desta forma, o *empowerment* da pessoa desde o momento, em que é internada, capacitando-a para a auto-gestão aquando do seu regresso a casa torna-se uma intervenção fulcral e autónoma dos profissionais de enfermagem.

A nível pessoal esta é uma área de intervenção do meu interesse, uma vez que, me permite desenvolver competências e aplicar a autonomia inerente à minha profissão, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem, assim como, promover a melhoria dos mesmos.

Numa fase inicial direcionei-me para a auto-gestão da aplasia medular, sendo este o enfoque mais evidente nesta fase, mas que rapidamente, me levou à necessidade de capacitar a pessoa para o seu regresso a casa que não estaria relacionado só com a aplasia medular que o seu organismo estava sujeito, mas também com os efeitos secundários e demais complicações da doença e do tratamento.

No decorrer do desenvolvimento do projeto de intervenção, surgiram várias questões no que respeita aos cuidados de enfermagem para as quais procurarei uma resposta. Questões como: Quais as necessidades de informação da pessoa no período de transição? Quando deve ser transmitida a informação? De que forma os enfermeiros registam os ensinamentos realizados? O registo realizado em folha diária de enfermagem permite a continuidade de cuidados? Será a pessoa capaz de implementar estratégias para gerir o período de transição? Terá conhecimentos suficientes para tal? De que forma os enfermeiros capacitam a pessoa e os seus cuidadores para este período?

De acordo com Meleis e Trangenstein (2010) o enfermeiro estabelece uma interação com a pessoa, cliente de enfermagem, em situação de saúde/doença, no seu ambiente sociocultural, que está a viver uma transição. As interações entre enfermeiro e pessoa estabelecem-se em torno de uma intenção, designada de

processo de enfermagem, em que o enfermeiro implementa terapêuticas de enfermagem para promover ou facilitar a saúde.

Cuidar em enfermagem prende-se com a intervenção profissional do enfermeiro, que será a terapêutica de enfermagem, à pessoa em transição, cujo processo de decisão tem como objetivo contribuir para o seu bem-estar.

“Perante este tratamento, o doente vai-se consciencializando acerca do seu problema/ patologia levando-o ao conhecimento dos efeitos secundários o que lhe poderá desencadear medos e ansiedade, pela dor e sofrimento que poderão advir do tratamento” (Correia & Santos, 2008, p. 25), sendo essencial compreender como podemos, enquanto enfermeiros e elementos dinamizadores, facilitar este processo e preparar a pessoa para gerir o seu período de aplasia medular após a alta clínica. A prestação de cuidados de enfermagem de excelência é um desafio importante para qualquer enfermeiro e o alcance desta excelência tem muito a ver com a arte de saber cuidar. Cuidar de um ser humano é dignificá-lo, ajudá-lo a ser e a desenvolver as suas capacidades ou possibilidades existenciais. Implica reconhecê-lo como um sujeito de deveres e direitos sendo que, o contacto entre o profissional e a pessoa deve revestir-se duma grande empatia e compaixão (Sousa, s.d.).

A pessoa é confrontada com o diagnóstico e, por conseguinte, é sujeita a tratamentos agressivos com repercussões a diversos níveis permanecendo internado durante um longo período de tempo (variável entre 3 a 4 semanas, podendo prolongar-se por mais tempo) como dizem Rodrigues e Polidori (2012). O enfermeiro deverá atuar tanto no sofrimento físico como no sofrimento psico-espiritual. Frequentemente a pessoa após a alta clínica tem de ser re-internada, devido a intercorrências resultantes da aplasia medular, efeitos secundários e complicações provocadas pelo tratamento. Assim,

*o enfermeiro desempenha um papel fundamental quer no ensino específico que deve ser efetuado, alertando o doente e família para a ocorrência destes efeitos secundários e para a necessidade de comunicarem o seu aparecimento, quer pela prevenção, deteção precoce e instituição de medidas específicas (Nunes, 2004, p. 97).*

A pessoa precisa receber informação compreensível e oportuna, embora isso possa ser prejudicado pela escassez de tempo da enfermagem (Leonard, 2011). O enfermeiro tem um papel essencial na preparação da pessoa para gerir o seu período de aplasia medular, sendo um dos elementos principais para dar resposta às necessidades da pessoa e em conjunto com esta, ajudá-la a ultrapassar o processo

de transição que experiencia. É-lhe pedido que colabore minimizando o impacto negativo que ocorre durante uma situação de doença, por meio da utilização de uma boa comunicação, recorrendo a técnicas de interação facilitadoras com a pessoa e a família e de uma atuação completa, precisa e eficiente direcionado aos problemas reais e sentidos no momento (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2011a). Deste modo, deverá dar resposta às Necessidades Humanas Fundamentais (NHF's), não podendo aqui deixar de referir a teórica Virgínia Henderson, que guia a prática dos enfermeiros na instituição onde exerço funções.

No bem-estar e no auto-cuidado: "(...) o enfermeiro especialista maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente" (OE, 2011b, p.6). É fundamental a continuidade dos cuidados especializados, com um planeamento da alta de acordo com as necessidades e com uma eficaz divulgação e mobilização dos recursos existentes na comunidade. O enfermeiro tem de ser capaz de ensinar, instruir e treinar a pessoa ao longo do seu processo de doença, para que esta se torne autónoma e independente na auto-gestão da doença (OE, 2011b). Torna-se, assim, importante através do projeto de intervenção, a melhoria da qualidade de cuidados e o aumento dos conhecimentos da pessoa para uma tomada de decisão em consciência. Pretendeu-se, como resultados expectáveis, a sistematização dos ensinamentos, a visibilidade dos mesmos, a criação de um roteiro de ensinamentos para o enfermeiro e a capacitação da pessoa aquando da alta, tornando-a capaz de gerir a sua transição. Nunca esquecendo a sua individualidade e o ser único que é, permitindo uma transição saudável e a satisfação das suas necessidades.

De acordo com Benner (2001), o enfermeiro perito tem uma vasta experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e age a partir de uma perceção profunda da situação global. O enfermeiro perito em oncologia deve ser capaz de reconhecer os limites do seu conhecimento, de prestar cuidados centrados na pessoa e família, baseados na evidência disponível, deve estar ciente do seu papel no seio da equipa multidisciplinar e sentir-se seguro e competente para exercer atividades em colaboração com todos os membros da equipa, reconhecendo, assim, a intervenção de enfermagem (European Oncology Nursing Society, EONS, 2005).

O presente relatório integra o quadro conceptual, que suporta a pertinência do projeto de intervenção, será exposta a estratégia de pesquisa, contemplando os objetivos delineados e por fim as atividades realizadas nos respetivos estágios

propostos para atingir os objetivos definidos, sendo estas atividades analisadas à luz da evidência científica encontrada e das competências que foram sendo adquiridas bem como os resultados obtidos. Em apêndices II e III encontram-se respetivamente, o contrato de aprendizagem acordado com as instituições e locais de estágio e o cronograma de atividades.



## **1. Enquadramento conceptual**

Nesta secção pretendo demonstrar os resultados da revisão da literatura, realizada, que sustenta a implementação do projeto de intervenção. Focarei inicialmente a minha atenção para o impacto da doença oncológica, período de transição (Afaf Meleis) que a pessoa vivência tendo em conta as NHF's de Virgínia Henderson. Em seguida abordarei o período de aplasia medular, bem como os ensinamentos que devem ser realizados para a pessoa gerir este período em consciência. Por fim, direciono a minha atenção na intervenção do enfermeiro para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica a gerir o seu período de aplasia medular – alta clínica.

### **1.1. Impacto da doença oncológica, período de transição que a pessoa vivência**

O cancro tem-se mantido como uma das doenças prioritárias a nível dos sistemas de saúde em todo o mundo, uma vez que, os seus níveis de incidência continuam a aumentar, potenciados pelo exponencial crescimento e envelhecimento da população.

A doença crónica é vista como um conjunto de problemas de saúde a longo prazo, sendo um processo irreversível da estrutura ou função de um ou mais órgãos, ou uma situação em que ainda não foi encontrada cura (Bidarra, 2010).

O Plano Nacional de Saúde (2004-2010) refere, a partir do IARC (2002), que a doença oncológica se encontra entre as três principais causas de morte em Portugal.

Atendendo à cronicidade, percurso e tratamento da doença oncológica, esta surge como algo assustador, associado à vulnerabilidade, à ansiedade e à morte. O cancro é caracterizado pela incerteza, com repercussões psicossociais negativas devido aos efeitos secundários a longo prazo decorrentes da doença e/ou dos tratamentos (Louro, 2009). Esta patologia continua a ser muito temida por se tratar de uma doença ameaçadora da vida da pessoa, rodeada de complexidade, crenças e mitos e do processo terapêutico envolver, muitas vezes, procedimentos com repercussões a vários níveis, nomeadamente na auto-imagem, auto-estima, estilos de vida, bem-estar físico e na qualidade de vida (Ribeiro, 2004). As características pessoais, o ambiente sócio-demográfico, físico e sócio-cultural, a própria doença e as representações



sociais e emocionais acerca da mesma, interferem totalmente na forma como a pessoa e a sua família, encararão todo o percurso de doença (Nunes, 2008).

A diversidade desta patologia em conjunto com o aumento do número de casos e a relativa falta de eficácia e segurança associada ao seu tratamento levou ao desenvolvimento de uma multiplicidade de tratamentos. Dada a dificuldade dos profissionais de dominarem um campo amplo de conhecimento, este facto leva a uma maior especialização dos recursos humanos e de abordagem multidisciplinar (Macedo et al, 2008).

Torna-se fundamental a promoção de cuidados holísticos de enfermagem à pessoa com doença oncológica. A doença oncológica reúne uma série de variáveis intrínsecas à pessoa que vão influenciar o modo como esta reage, tendo em conta a sua própria história de vida e cultura, cabendo aos profissionais de saúde encontrarem soluções para intervir de uma forma eficiente (Kolcaba, 1994). A pessoa entra num desequilíbrio que é manifestado por necessidades, incapacidade da pessoa tomar conta de si mesma ou respostas não adaptadas (Meleis, 2010).

Há condições que podem ser facilitadoras ou inibidoras de todo o processo de transição. A intervenção de enfermagem deve funcionar como o processo facilitador da transição que promove o bem-estar. Os cuidados de enfermagem implicam uma maior sensibilização, consciencialização e humanização quando se identifica na pessoa fatores que indicam a transição, com a finalidade de facilitar estes eventos em direção a uma transição saudável (Meleis, 2010).

Neste processo em que a pessoa é diagnosticada com uma doença hemato-oncológica, cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias, em conjunto com a pessoa, de modo a facilitar este processo de transição, que é o seu regresso a casa em aplasia medular. O diagnóstico, o processo de tratamento e a consequente aplasia medular acarretam mudanças no estilo de vida, nos hábitos e nos comportamentos da pessoa.

A pessoa, segundo Virgínia Henderson, é a figura central dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro deve substituí-la quando ela necessita, levando-a aos poucos e de acordo com as suas capacidades a torná-la independente na satisfação das suas necessidades o mais cedo possível. O enfermeiro em conjunto com a pessoa deverá definir objetivos para que esta alcance o mais alto nível de saúde (Henderson, 2007).

## **1.2. Período de aplasia medular**

O período de aplasia medular denota uma mudança no estatuto de saúde, nas relações, expectativas ou habilidades, uma mudança nas necessidades de todos os sistemas humanos, o que se enquadra, segundo Meleis (2010), com uma transição.

Os agentes anti-neoplásicos, afetam as células que crescem mais rapidamente do que as células de crescimento mais lento. Algumas células normais têm uma taxa de crescimento rápido. Estas incluem as células do sangue. Resultado da quimioterapia (QT) é o atingimento do nível mais baixo das células sanguíneas num prazo médio de sete a vinte e um dias - nadir. O profissional de saúde deve informar a pessoa do período que as células do sangue assumirão as contagens mais baixas (Dana-Farber, s.d.).

Em apêndice (apêndice IV) é apresentada uma tabela com os agentes anti-neoplásicos utilizados mais frequentemente no serviço de hematologia, de modo a demonstrar o período de aplasia medular a que a pessoa submetida a determinado tratamento espera. Esta tabela torna-se pertinente no sentido em que é importante o enfermeiro conhecer o nadir do agente anti-neoplásico que administra, uma vez que, isto terá influência no tempo de internamento e respetivos cuidados e, na alta, bem como na capacitação da pessoa doente.

### **1.2.1. O que esperar do tratamento com agentes anti-neoplásicos**

No período de aplasia medular em termos analíticos ocorre uma diminuição dos glóbulos vermelhos (G.V.), dos neutrófilos e das plaquetas, para além de outras alterações a nível do hemograma.

No que respeita à diminuição dos G.V. é normal a pessoa sentir-se mais cansada ou com falta de ar, devido à anemia presente. Serão realizadas transfusões de concentrado eritrocitário (C.E.). Às vezes, os G.V. podem estar baixos relacionados com a própria doença. Nesta altura pode ser prescrito um fator de crescimento chamado eritropoietina para ajudar a aumentar o número de G.V. no sangue (Dana-Farber, s.d.).

Relativamente aos glóbulos brancos (G.B.) os neutrófilos são motivo de preocupação. Quando estes estão baixos (inferiores a 2000), neutropenia, existe um

risco aumentado de infeção, devendo a pessoa tomar consciência desta situação (Danna-Farber, s.d.). A pessoa com cancro é mais vulnerável à infeção por causa da imunossupressão, resultado da doença, ou neutropenia induzida pelos agentes anti-neoplásicos (Bagcivan, Masatoglu, Topcu, 2015). Estas complicações podem também levar a atrasos no tratamento e comprometerem os resultados clínicos.

Uma das consequências frequentes na pessoa é a neutropenia febril (N.F.), estando os enfermeiros despertos para esta situação e alertam a pessoa para a probabilidade de ter febre e a necessidade de estar internada ou de ser re-internada. A N.F., geralmente é definida como febre, onde numa avaliação única a temperatura oral é igual a 38,3°C e a contagem de neutrófilos é inferior a 1000. Esta consequência está associada com o aumento da morbilidade e da mortalidade, requer hospitalização devido à vulnerabilidade do organismo e suscetibilidade à infeção e necessidade de tratamento com antibiótico, acabando por perturbar a vida da pessoa (Leonard, 2011).

Devido à situação de doença e à sua vulnerabilidade aumentada a pessoa experiencia um momento de desequilíbrio. Há que identificar as suas necessidades, a inabilidade para tomar conta de si e permitir uma transição favorável, não esquecendo o ser bio-psico-socio-cultural-espiritual que é (Meleis, 2010).

### **1.3. Intervenção do enfermeiro para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica a gerir o seu período de transição**

A pessoa está em constante interação com o ambiente e tem uma habilidade para se adaptar ao mesmo. Quando vivência a doença surge um desequilíbrio, que lhe requer incorporar um novo conhecimento, para alterar o comportamento, e consequentemente mudar a definição do “eu” no contexto social, facilitando o processo de transição (Meleis, 2010).

Os processos de transição encontram-se na base de quase todas as intervenções dos enfermeiros, tais como na gravidez e pós-parto, no internamento hospitalar e no momento de alta para o domicílio, na recuperação e na reabilitação (Meleis, 2010).

Educar sobre o tratamento com QT e os seus efeitos secundários é prática durante a maior parte do tratamento e é reconhecido como um padrão oncológico na sociedade de cuidados de enfermagem. As orientações sobre a gestão de efeitos secundários e estratégias comportamentais podem diminuir a angústia relacionada com a saúde, aumentar *coping*, reduzir a ansiedade e promover o auto-cuidado.

Embora a informação sobre a QT seja amplamente aceite como sendo útil para a pessoa com doença oncológica, existem diferenças relativamente a onde, quando, como e quem fornece a informação consoante a pessoa que temos perante nós (Fee-Schroeder et al, 2013).

Segundo a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes (Direção Geral de Saúde, 1999), conforme o artigo 6.º, a informação é um dever ético para com o doente, “O doente tem o direito a ser informado sobre a sua situação de saúde”.

O ensino à pessoa é uma das atribuições mais importantes da enfermagem, independentemente do meio onde os cuidados são prestados. Para preservar a continuidade dos cuidados é essencial e indispensável fornecer à pessoa todas as informações necessárias, de acordo com aquilo que ela pretende conhecer, de modo a que consiga satisfazer as suas necessidades, assumindo a responsabilidade pela satisfação das mesmas de forma autónoma e consciente, tornando-se independente e garantido o direito à informação. Identificar o estilo de aprendizagem, a linguagem e crenças culturais, assim como avaliar a vontade da pessoa de adquirir informação é competência do enfermeiro (Potter & Perry, 2006),

*os objetivos da comunicação enfermeiro / doente prendem-se com o ato de informar, convencer, fazer agir, expressar sentimentos, atuar sobre o equilíbrio emocional e a saúde psíquica e induzir sentimentos. Todo o processo de comunicação deve estar centrado no desenvolvimento de uma relação de ajuda e na redução de incerteza, indicando deste modo uma direção ao doente e sua família (Saraiva, 2003, p. 38).*

Os termos “ensino” e “aprendizagem” são indissociáveis. O ensino representa um processo interativo, que fomenta a aprendizagem, sendo constituído por um conjunto de ações, conscientes e deliberadas, que contribuem para a aquisição de novos conhecimentos ou execução de novas competências. A pessoa que ensina fornece informação que incita quem aprende a empreender atividades que conduzem a uma mudança, ou a um comportamento de saúde desejável. A aprendizagem, por sua vez, é a aquisição de novos conhecimentos ou competências, em benefício da prática reforçada e experienciada (Potter & Perry, 2006).

Geralmente, o ensino e a aprendizagem iniciam-se quando uma pessoa reconhece a necessidade de conhecer ou adquirir a capacidade para fazer algo. O ensino é mais eficaz quando dá resposta às necessidades do aprendiz (Potter & Perry, 2006). A transmissão de informação apropriada, de acordo com as necessidades do outro, leva a uma maior colaboração no tratamento, diminui a ansiedade e torna as expectativas

mais realistas. A pessoa sujeita ao cuidar, bem como a pessoa significativa, narram menos sofrimento relacionado com os efeitos secundários do tratamento, sentindo maior controlo da situação, sendo conhecedoras das estratégias/cuidados a adotar. Existem variáveis da pessoa e do ambiente que podem interferir no processo educativo, como: género, idade, estado de desenvolvimento, estratégias de *coping*, personalidade, saúde e tratamento, experiências anteriores e cultura e o próprio ambiente, o tempo, os materiais disponíveis e os recursos humanos, sendo que o enfermeiro deve estar consciente destas variáveis (Ream, 2000).

Os cuidados de suporte à pessoa com doença hemato-oncológica aumentam a sobrevida e promovem a qualidade de vida. Ao longo das diversas fases que a pessoa atravessa, o enfermeiro é um recurso facilitador no processo ou processos de transição que a pessoa e pessoa significativa atravessam. Sendo perito na área, no conhecimento da doença e das complicações, deve ter capacidade de prevenir ou corrigir os efeitos secundários esperados (relacionados com a doença ou tratamentos), antecipar e tratar complicações potenciais ou não expectáveis e facilitar a adaptação psicossocial (Ososki, 2000). Segundo Sá (2010), ensinar sobre os efeitos secundários dos tratamentos e da doença, garantindo a continuidade de cuidados dos profissionais, permite aliviar o sofrimento da pessoa com doença hemato-oncológica.

São pilares para a tomada de decisão o acesso apropriado a documentação sobre efeitos secundários, resposta ao tratamento e impacto na qualidade de vida (Thomsom, 2000). Conceder folhetos informativos com os efeitos secundários e as estratégias de resolução, torna-se imprescindível (Rigdon, 2010).

Segundo Ososki (2000), a pessoa com doença hemato-oncológica deverá receber ensino desde o diagnóstico e ao longo de todo o percurso da doença. Este deve ser proporcionado na hospitalização, durante a fase de indução assim como na fase de cuidados intensivos e em ambulatório. A pessoa com leucemia ou linfoma, bem como a pessoa significativa, necessitam de ensinamentos sobre o processo de doença e os seus efeitos, prevenção de infeção, regime medicamentoso, sintomas que exigem atenção médica imediata (febre e hemorragia), recursos comunitários e necessidade de acompanhamento médico (Thompson & Hogan, 1995).

Os elementos essenciais para o estabelecimento de relação de ajuda e conseguinte educação são a verdade, a clareza, a honestidade, a abertura, a disponibilidade e a sistematização, tornando possível a confiança e segurança. Cabe ao enfermeiro ter a

capacidade de compreender o momento certo para realizar o ensino, perceber qual a quantidade de informação que a pessoa consegue captar bem como, compreender se a pessoa entendeu o significado da mensagem e ajudar fornecendo as explicações necessárias (Martins, 2007). A equipa de saúde deverá trabalhar em harmonia de modo a que o ensino seja coerente, atingível e compreensível.

O ensino à pessoa vai *empoderá-la* para agir de forma correta, sendo capaz de decidir em consciência, a ter cuidados dada a sua situação e a saber prevenir e identificar complicações, face ao período de aplasia medular.

O enfermeiro é o principal agente facilitador da pessoa e família que experienciam transições, auxiliando no desenvolvimento de competências da pessoa para enfrentar a transição, alcançando um nível de funcionamento e conhecimento – mestria – sobre a forma como podem mobilizar a sua energia e recursos do meio envolvente. Cabe ao enfermeiro facilitar este percurso individual capacitando a pessoa, tornando-a consciente, assumindo um compromisso que leve à mudança sendo capaz de ultrapassar momentos críticos. Assim, quando a pessoa se aproxima da estabilidade, os níveis de mestria indicam ganhos em saúde atingidos no decurso da experiência, sendo capaz nesta situação de gerir o seu período de aplasia medular (Meleis, 2010).

O enfermeiro deve direccionar a sua ação na preservação do equilíbrio e estabilidade e na regulação dos mecanismos de promoção e adaptação da pessoa ao meio, maximizando as forças e potencialidades (fatores facilitadores mencionados mais à frente) da pessoa para contribuir para a restauração de níveis adaptativos de saúde, conforto e auto-realização. Deve para tal utilizar os princípios de relação de ajuda, atuando com a pessoa, capacitando-a para que esta exerça um *coping funcional*, definindo estratégias para lidar com uma transição saudável (Meleis, 2010).

### **1.3.1. Gerir a aplasia medular aquando da alta clínica**

Aquando da alta, consoante os valores que a pessoa apresenta em termos de hemograma, mais precisamente glóbulos vermelhos, neutrófilos e plaquetas, são necessários cuidados. Esses cuidados, tendo por base as NHF's que estão representados em apêndice (apêndice V). Este apêndice foi bastante pertinente no desenvolvimento do projeto, pois acabou por ser um recurso para a realização do guia de boas práticas, realizado para os enfermeiros e o guia de recomendações para a alta da pessoa com doença hemato-oncológica.

A alta é vista como um processo de transição, segundo Meleis (2010), pois desde o diagnóstico, passando pelo tratamento em internamento, a pessoa vivência uma série de mudanças até à sua alta para o domicílio, passando por um processo de aprendizagem e aquisição de competências relacionadas com as experiências de saúde e doença, no qual o enfermeiro é um elemento facilitador da transição.

Meleis (2010) refere que, estes elementos (facilitadores e inibidores) se dividem em três tipos: pessoais, comunitários e sociais. Nas condições pessoais podem ser identificados os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, ou, por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição. No âmbito desta condição, é importante destacar que estes acontecimentos tanto podem ser fruto das escolhas da própria pessoa, como surgir inesperadamente, e os significados das transições poderão ser considerados como positivos, negativos ou neutros. Outra das condições pessoais da transição são as crenças e atitudes culturais, que exercem a sua influência sobre a experiência de transição, e entre as quais se destacam, por exemplo, o estigma perante a expressão de sintomas psicológicos não compreendidos pelo contexto cultural da pessoa.

Ainda se salientam como fatores inibidores, a existência de um baixo nível socioeconómico e a experiência de sintomas psicológicos. Além destas, as expectativas enunciadas relacionam-se com o conhecimento do que é esperado, funcionando como um fator facilitador, dado que podem aliviar o *stress* associado à transição. As condições comunitárias assumem os recursos que uma comunidade garante para facilitar (suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) ou inibir (insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros) o decorrer das transições.

Por fim, entre as condições sociais podemos encontrar a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, que se constituem como os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis, 2010).

## **2. Projeto de Intervenção Clínica**

A metodologia de projeto passa por uma investigação centralizada num problema real que foi identificado e na implementação de estratégias e intervenções persuasivas para a sua realização (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). De acordo com estes mesmos autores esta metodologia é uma ponte entre a teoria e a prática. A metodologia de projeto torna possível que o estudante demonstre capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e encontre soluções, que passem pela reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais (Direção Geral do Ensino Superior, DGES, n.d.).

Para a concretização do respetivo projeto, foi necessário reunir literatura, que fosse relevante, pelo que, utilizando a metodologia do projeto, após diagnóstico de situação, recorri à revisão sistemática da literatura, em apêndice I. Recorreu-se a livros e artigos científicos publicados em periódicos, aos sites de: M.D.Anderson, Dana Farber (EUA) e Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (EUA) e teses de mestrado.

Com o intuito de realizar uma utilização contínua do saber teórico e científico na prática profissional, o projeto foi operacionalizado em contexto de ensino clínico, no decorrer do 3º semestre do CMPL EMO. O conhecimento apodera-se através do saber experiencial e da sua transposição para o contexto de cuidados de enfermagem, tendo em conta que as aprendizagens emergem de situações peculiares vivenciadas na prática (Benner, 2001).

Não pude deixar de ter em conta o quadro conceptual da instituição onde exerço funções, em que os cuidados de enfermagem traduzem uma cultura direcionada para “o doente em primeiro lugar”, contemplando a pessoa no processo de decisão e respeitando a sua autonomia e dignidade, intimidade e confidencialidade. Este quadro conceptual, com base nos pressupostos de Virgínia Henderson, norteou o projeto de intervenção, tendo necessidade de complementar o presente trabalho com os contributos fornecidos por Afaf Meleis, integrada no paradigma da integração e na escola de pensamento dos efeitos desejados.

Além da pesquisa foram utilizadas a reflexão, a orientação tutorial, a realização de estágios em contexto intra e extra-hospitalar, a conversa informal com colegas e a elaboração de documentos que promovessem a melhoria dos cuidados na temática a abordar.



Sendo um trabalho de natureza essencialmente prática, foi fulcral a realização de estágios em contextos criteriosamente selecionados para que os contributos fossem no sentido de desenvolver competências de enfermeiro especialista. O estágio é um período de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, onde se promove uma relação entre um formador e um formando, a qual ocorre num contexto de trabalho de natureza clínica e envolve não só o desenvolvimento de competências diretamente ligadas à assistência mas também um conjunto de transformações e mudanças pessoais que se constituem como requisitos para prestar cuidados de saúde (Abreu, 2007).

Selecionei três campos de estágio nomeados o local a), o b) e o c) com atendimento da pessoa, doente hemato-oncológico, no regime de internamento e hospital de dia, pois considerei que encontraria intervenções mobilizadas pelos enfermeiros para capacitar a pessoa a gerir o período de aplasia medular e o seu regresso a casa, que serão descritas mais à frente.

Considerando a minha capacidade de intervenção, refletindo sobre o meu percurso profissional, atendendo ainda aos conhecimentos teóricos adquiridos durante a frequência do CMPLE EMC EO e com a finalidade de capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica a gerir o seu período de aplasia medular, desejo ser uma enfermeira que: presta cuidados de qualidade à pessoa com doença hemato-oncológica, que vivência o período de aplasia medular, aplicando a evidência científica, capacitando a pessoa com estratégias e aquisição de mestria e sensibilizando a equipa para a importância da capacitação da pessoa, para gerir este período de transição, agindo como elemento dinamizador na equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa, tendo por base atingir as competências propostas pela OE (2011b) para o enfermeiro especialista, bem como as competências definidas pela EONS (2013), os Descritores de Dublin para o 2ºciclo (DGES, s.d.) e as que constam no plano do CMPLE EMC EO (guia da unidade curricular estágio com relatório, 2016), que são descritas mais à frente na análise das atividades dos ensinos clínicos.

## **2.1. Diagnóstico da situação**

A elaboração de um diagnóstico de situação teve o intuito, como refere Ruivo et al (2010), produzir uma descrição da situação-problema identificada, sobre a realidade que se deseja atuar através da implementação de mudanças. O projeto de intervenção descrito no capítulo seguinte contou com a mais recente evidência científica, considerando a identificação e análise de uma prática que não satisfazia a equipa de enfermagem do serviço de hematologia (referido como local C).

Constatei pela observação dos registos um défice nestes, no que diz respeito aos ensinamentos. Num turno da manhã reli os registos das cinco pessoas que me estavam atribuídas, entre elas, doentes de primeira vez, bem como doentes que já tinham sido submetidos a vários tratamentos intra e extra-hospitalar. Em nenhum registo constavam ensinamentos à pessoa nos últimos quatro dias. Para além disso nesse mesmo turno questionei as pessoas, a quem prestava cuidados, acerca dos cuidados que deveriam ter após o tratamento, o que já lhes tinham dito, direcionando, por vezes, a questão e o que a maioria me respondeu acerca dos cuidados era relativo à alimentação (“devo descascar a fruta, não devo comer nada cru e devo beber água da garrafa”) e pouco mais. O registo permite a continuidade dos cuidados pelo que o sistema de documentação deve permitir a introdução da informação sobre a pessoa, abordar os resultados e servir como documento legal (Potter & Perry, 2006).

Posto isto, surge a necessidade de dar resposta à pessoa de modo a que esta compreenda o que esperar do período de aplasia medular, com a intenção de a preparar para gerir este período. Por vezes, a pessoa, após o tratamento com QT tem alta ou vai apenas uns dias a casa e quando regressa, já vem com efeitos secundários acentuados, o que sugere que os conhecimentos adquiridos e a informação fornecida é insuficiente, ou não dá resposta às suas reais necessidades ou que a mesma não apreendeu os ensinamentos. Nesta fase a pessoa passa por um processo de transição, onde é essencial compreender os elementos facilitadores e inibidores deste processo.

Surge como questão orientadora do projeto de intervenção:

*Quais as intervenções de enfermagem para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica na gestão da aplasia medular? Para que possamos capacitar a pessoa para gerir o período de aplasia medular e atingir uma transição saudável é necessário formar e tornar competentes para tal os profissionais de enfermagem.*

## **2.2. Objetivos**

A implementação deste projeto pretende também o desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito da gestão, formação e investigação promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e do desenvolvimento da profissão. Deste modo, a concretização do projeto passou pela definição de objetivos delineados para que fosse possível o seu desenvolvimento. Os objetivos gerais que pretendi alcançar foram:

1)Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais, nas quais englobo a comunicação, o ensino e a relação de ajuda, para transmitir informação à pessoa com doença hemato-oncológica capacitando-a para gerir a transição no período de aplasia medular.

2)Contribuir para a melhoria dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, na capacitação para gerir a transição no período de aplasia medular.

Como objetivos específicos foi proposto:

- Identificar a sintomatologia da pessoa com doença hemato-oncológica após tratamento com QT (local a).
- Enumerar as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem na capacitação para a gestão do período de aplasia medular da pessoa com doença hemato-oncológica (local a e b).
- Identificar as necessidades de informação da pessoa com doença hemato-oncológica, confrontada com período de aplasia medular (local a e b).
- Identificar o que a equipa de enfermagem transmite à pessoa para a capacitar na gestão do período de aplasia medular (local c).
- Divulgar à equipa a necessidade de transmitir e sistematizar informação para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica na gestão do período de aplasia medular (local c).
- Capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica para a gestão do período de aplasia medular (local c).
- Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica (local c).

### **3. Execução de tarefas**

Será descrita a realização das tarefas que permitiram atingir os objetivos propostos nos três estágios realizados, bem como o desenvolvimento de competências. Iniciarei por enumerar os objetivos atingidos nas unidades a) e b), uma vez que estes se sobrepõem, e os resultados obtidos nos mesmos. Posteriormente, serão apresentados os objetivos atingidos no serviço c), local de implementação do projeto.

A unidade a) é composta por três valências (unidade de TMO, de tratamento intensivo e hospital de dia). O estágio contemplou 144 horas de contato.

Decidi dar continuidade ao meu trajeto na unidade b) prosseguindo com o cuidar de pessoas, cuja patologia em grande parte das situações é a mesma que no serviço onde exerço funções e, por esta razão, as problemáticas são muito comparáveis. As pessoas internadas neste serviço são maioritariamente do foro hemato-oncológico e parte do seu tratamento tem início no serviço onde exerço funções.

A unidade b) organiza-se em duas valências complementares: unidade de internamento e hospital de dia. Concretizei a maior parte do estágio no internamento, passando pelo hospital de dia para compreender todo o percurso que a pessoa experiencia, as suas necessidades e adaptações necessárias e de que forma poderia eu, enquanto enfermeira, ser facilitadora em todo este processo. Apesar de no serviço serem assistidos adultos e crianças, durante o estágio apenas acompanhei pessoas adultas.

O ensino clínico teve a duração de 136 horas.

Estes dois primeiros estágios permitiram de um modo geral desenvolver competências preconizadas pela EONS (2013), OE (2011b) e pelo guia orientador da unidade curricular estágio com relatório (2016) para o enfermeiro especialista, envolvendo o cuidado de enfermagem dirigido a todas as fases da doença oncológica. As competências desenvolvidas são descritas na execução de tarefas dos respetivos objetivos.

### **3.1. Objetivo específico: Identificar a sintomatologia da pessoa com doença hemato-oncológica após tratamento com QT.**

Este objetivo foi concebido, uma vez que, é necessário reconhecer a sintomatologia que a pessoa apresenta, bem como os cuidados a ter para minorar a mesma, sendo capaz de dar resposta às necessidades de informação da pessoa. A pessoa é um ser bio-psico-socio-cultural e espiritual, em constante interação com o ambiente, cujos fluxos de energia são necessários conhecer para adequar as estratégias de ensino à mesma, de modo a que seja capaz de adotar cuidados de auto-gestão aquando da sua alta (Meleis, 2010).

Inicialmente observei os cuidados prestados à pessoa internada (no local a)), sendo que, à data em que comecei o ensino clínico estavam internadas pessoas que já tinham sido submetidas a tratamento com QT e/ou TMO. Contactei com pessoas internadas há cerca de um a três meses o que me possibilitou observar o processo de transição que a pessoa experiencia, ao longo do seu ciclo vital onde o período de experiência é caracterizado por movimentações e fluxos ao longo do tempo que são acompanhados pelo enfermeiro, no sentido de obter ganhos para a saúde, como refere Meleis (2010).

Tive contato com diversas situações de alta, que pelo fato de estarem a ser planeadas com antecedência permitiam a diminuição de níveis de ansiedade da pessoa e a consolidação e validação dos conhecimentos adquiridos (demonstrado nos apêndices VIII, IX e X, nas respectivas reflexões). Também o estudo de caso possibilitou dar resposta ao presente objetivo (apêndice XII). Como refere Fee-Schroeder et al (2013), instruir a pessoa sobre a gestão dos efeitos secundários do tratamento e adoção de estratégias comportamentais diminui as dificuldades existentes em relação à saúde, reduz a ansiedade e promove o cuidado pessoal.

O estabelecimento da relação de ajuda no contexto da prestação de cuidados facilita a comunicação com as diversas pessoas, possibilitando o conhecimento das mesmas, tendo em conta a sua individualidade, o seu contexto, aquilo que valorizam e acreditam, possibilitando o planeamento da alta de forma antecipada e de acordo com as perspetivas da pessoa.

As atividades realizadas possibilitaram o desenvolvimento de competências como: cuidar de pessoas com doença oncológica (...), tendo por base conhecimentos científicos, técnicos, de gestão (...) fundamentais para a tomada de decisão sobre os

cuidados de enfermagem a prestar (guia da unidade curricular estágio com relatório, 2016); demonstrar disponibilidade perante a pessoa e família em todas as fases de doença oncológica (EONS, 2013); cuidar de pessoas com doença crónica (...) dos seus cuidadores e familiares (...) diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida (L5.); estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica (...) de modo a facilitar o seu processo de transição (...) (L6.) de acordo com a OE, 2011b e conhecimento e capacidade de compreensão (DGES, s.d.).

Como é possível observar em apêndice XIII, a criação de uma grelha com a sintomatologia manifestada pela pessoa, possibilita o conhecimento destes sintomas e, por sua vez, leva ao desenvolvimento de conhecimentos que permitem a auto-gestão dos mesmos e em parceria consegue-se o seu alívio. Segundo Fee-Schroeder et al (2013) ter conhecimentos científicos sobre estes sintomas e o respetivo alívio, permite ensinar a pessoa sobre os efeitos secundários da QT e auto-gestão destes, levando à redução da ansiedade e sensação de controlo.

Assim, a sintomatologia/efeitos secundários mais evidenciados ao longo da relação estabelecida com a pessoa, como é visível no registo em grelha, elaborada como ferramenta de observação (apêndice XIII), foram: alopecia, náusea, fadiga e anorexia.

### **3.2. Objetivo específico: Enumerar as intervenções realizadas pela equipa de enfermagem na capacitação para a gestão do período de aplasia medular da pessoa com doença hemato-oncológica.**

No decorrer das experiências de estágio tomei conhecimento das rotinas e do funcionamento das unidades a) e b), bem como das normas e protocolos existentes e refleti acerca da elaboração e aplicação dos mesmos no meu contexto.

As normas e protocolos existentes sistematizam e garantem a qualidade das intervenções de enfermagem implementadas e uniformizadas, nomeadamente, em termos técnicos, mas também no que diz respeito ao ensino a realizar à pessoa. Existem alguns documentos nesta área, dos quais, destaco no serviço a), o “Protocolo Educacional” com a respetiva *check-list* para operacionalização do processo educativo sobre os cuidados referentes ao diagnóstico, tratamento e efeitos secundários e o “Guia de apoio ao doente e família na fase Pós-Transplante de

Progenitores Hematopoiéticos”. Estes foram elaborados por profissionais de enfermagem e em colaboração com a equipa médica.

O “Programa Educacional” para operacionalização do processo educativo visa intervir no processo de aprendizagem à pessoa com doença hemato-oncológica submetida a tratamento com QT. É apontado no programa a finalidade de consolidar o procedimento de transmissão de informação, uniformizar a informação disponibilizada pela equipa de enfermagem e registar de forma sistematizada a informação transmitida. O programa apresenta uma componente teórica que compreende os aspetos a considerar no processo educativo e duas grelhas (*check-list's*) – uma para ser aplicada ao longo do internamento e outra para o momento de preparar a alta - que apresentam esquematicamente os temas a incluir na educação à pessoa, visando registar as temáticas abordadas e o enfermeiro que realizou, evitando lapsos ou repetições de informação. São descritos os momentos preconizados para abordar cada temática como a admissão, o início do ciclo de QT, o início do condicionamento, o dia do transplante, outros dias do internamento e o dia da alta.

Este programa foi uma ferramenta útil durante situações de ensino vivenciadas, sendo um instrumento facilitador do processo de ensino – apêndice VII – sendo simultaneamente uma base para o guia de boas práticas para os enfermeiros que realizei - apêndice XXV. Como refere Meleis (2010), os recursos existentes, o planeamento e a adequação de sessões de educação, bem como o fornecimento de informação coerente e concisa, permite a adaptação ao ambiente, pois a pessoa está em constante interação com o mesmo.

Também na unidade b) a existência de documentos que consultei, entre os quais o “Guia Orientador: *Check-list* para a operacionalização do processo Educativo sobre os cuidados referentes ao transplante de medula óssea – Preparação e Alta” e o guia entregue aos doentes aquando da alta “O MEU TRANSPLANTE – Perguntas e Respostas, Dia-a-dia após a alta”, foram essenciais no decorrer do estágio, uma vez que, foram ferramentas utilizadas durante os ensinamentos realizados à pessoa quando a alta se aproximava. O guia orientador permitiu-me aumentar os conhecimentos, acerca de um procedimento tão específico que é o transplante.

Foi possível neste âmbito desenvolver as seguintes competências: analisar os contributos específicos para os resultados em saúde que pode dar o enfermeiro especialista na área da intervenção da enfermagem oncológica, junto da pessoa com

doença oncológica, sua família ou cuidadores, quando integrado em equipas de saúde; analisar a responsabilidade que um enfermeiro perito na área de intervenção da enfermagem oncológica tem sobre a articulação entre as entidades e serviços prestadores de cuidados à pessoa com doença (...) no âmbito dos cuidados de saúde primários e diferenciados (...) (guia da unidade curricular estágio com relatório, 2016) e aplicação de conhecimentos e compreensão (DGES, s.d.).

A situação vivenciada com a Sr<sup>a</sup> C. (apêndice XI) dá visibilidade ao desenvolvimento de competências no decorrer deste percurso. Esta permitiu iniciar a preparação para alta, uma vez que, a senhora já se encontrava analiticamente estável para continuar o tratamento em hospital de dia. Como é visível no respetivo apêndice, em parceria com a senhora tornou-se possível elaborar os cuidados necessários aquando da alta, de modo a capacitá-la na auto-gestão do seu processo de transição, permitindo o alcance da estabilidade e tornando-a competente para decidir de forma autónoma (Meleis, 2010).

Esta situação permitiu-me desenvolver competências e pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Foi necessário desmistificar-lhe uma série de crenças que de alguma forma tinha incutidas e que pretendia seguir à risca para sempre. Estava disposta a aprender, mas foi necessário fazê-la compreender que os seus valores analíticos dentro de meses iriam estabilizar e que poderia retomar a sua vida normal. Apesar de me dizer que compreendia, a conversa voltava sempre ao início e que ia mudar todos os seus hábitos...

Este foi um trabalho que não considerei terminado e que aquando da realização da nota de alta, descrevi os ensinamentos realizados e os que considerava pertinentes um reforço ou validação e supervisão dos mesmos, por parte da equipa de enfermagem aquando do seu acompanhamento em hospital de dia do local b).

No seguimento do ensino clínico no local b) foi interessante a passagem pelo hospital de dia, bem como a observação da consulta de enfermagem de 1<sup>a</sup> vez da unidade. Consegui perceber o percurso da pessoa, que inicialmente passa pelo internamento em hematologia, por conseguinte é encaminhada para a unidade, para realização de transplante de células progenitoras hematopoéticas, passando anteriormente pela consulta de 1<sup>a</sup> vez de enfermagem, onde se procede à apreciação da pessoa, das suas necessidades e se responde às suas dúvidas, esclarecendo as mesmas. Ainda é possível, se a pessoa assim o desejar, visitar a unidade antes do internamento. Conhecer esta realidade acaba por facilitar a minha prestação de



cuidados, a aquisição de conhecimentos e a aplicação destes conhecimentos a nível prático, permitindo uma prática segura e promovendo a continuidade e melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente quando as pessoas questionam sobre o transplante de medula óssea.

Para além disso, estas pessoas necessitam de re-internamentos pós-transplante, no serviço de hematologia e saber cuidar e capacitar a pessoa para a gestão do processo de transição pós- transplante, assim como os cuidados inerentes ao mesmo, torna-se competência do enfermeiro especialista, como preconizado pela ordem dos enfermeiros (2011b) – (L5.) cuida de pessoas com doença crónica (...) dos seus cuidadores e familiares (...) diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Em apêndice XVIII (pontos 1 e 2), observam-se as atividades realizadas no ensino clínico b) - registo por escrito das estratégias de enfermagem que auxiliam a pessoa na capacitação para auto-gerir o período de aplasia medular e reflexão escrita sobre os ensinamentos realizados para a pessoa ser capaz de gerir o período de aplasia medular - que dão resposta a este mesmo objetivo e que permitiram dar início à construção do “Guia de Boas Práticas”, que realizei para os enfermeiros e ao “Guia de Recomendações para alta” para a pessoa com doença hemato-oncológica.

A educação assume um papel essencial no processo de autocuidado, sendo através dela que a pessoa recebe informação, induzindo confiança, permitindo que adote estratégias de auto-gestão adequadas e marque a sua independência dos profissionais de saúde (Ream, 2000).

Colaborar na prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, permitiu-me observar e identificar como os enfermeiros disponibilizam informação adequada à pessoa e pessoas significativas como meio de os habilitar para a auto-gestão deste processo de transição.

Diariamente os enfermeiros apoiam, orientam e instruem a pessoa para que esta desempenhe atividades de auto-gestão de efeitos secundários da doença e do tratamento, recorrendo a estratégias, utilizando informação oral, tendo como orientação a *check-list* referida na alínea anterior; repetição da informação e esclarecimento de dúvidas, sempre que necessário; disponibilização do guia de alta e aconselhamento da sua leitura; leitura do guia de alta em conjunto com a pessoa, família ou pessoa significativa; colocação de questões acerca dos conteúdos expressos no guia; confrontação da pessoa com situações reais do seu dia-a-dia. O

processo educativo envolve a pessoa doente, tal como familiares ou pessoas significativas e desenvolve-se num ambiente de abertura, disponibilidade, privacidade e respeito mútuo.

A grelha elaborada, em apêndice XIV, demonstra que as estratégias, bem como as intervenções e os momentos de intervenção utilizados pelos enfermeiros à pessoa, vão ao encontro do que a evidência científica apresenta. Os enfermeiros devem dar prioridade ao que a pessoa valoriza e deseja saber, considerando o que já sabe. Ensinar de acordo com a vontade e disponibilidade da pessoa é uma prioridade, bem como a resposta às suas reais necessidades.

Considero que, durante os estágios, planeei e transmiti informação pertinente às pessoas internadas para promover a sua capacitação na auto-gestão de sintomas, tal como é evidenciado nas reflexões e análise crítica de situações de cuidados (apêndice VIII, IX, X e XI).

A consulta de registos, bem como a elaboração de notas de alta, mais uma vez, permitiu pôr em prática os conhecimentos adquiridos. Assim como, a partilha de experiências com colegas, através de conversas informais sobre os ensinamentos acerca das rotinas do internamento, que são necessários reforçar, pois a pessoa no dia do internamento, está nervosa, assimilando pouco a informação que lhe é fornecida e a que já foi fornecida na consulta de 1ª vez sobre: os procedimentos, o que é o transplante (sendo reforçado na véspera e no dia o procedimento em si); a medicação e administração da mesma; a necessidade do uso de máscara; a rotina do hospital de dia e a importância deste seguimento; a alimentação; o frequentar locais públicos; os cuidados com o cateter venoso central; entre outros ensinamentos realizados ao longo do internamento que vão ser essenciais, no planeamento da alta da pessoa.

O esclarecimento de dúvidas e a disponibilização de informação assumem particular importância e afiguram-se como meio de fomentar a segurança e o conforto naqueles que sofrem por causa da doença. A comunicação em enfermagem é fundamental na relação enfermeiro/doente e é através da mesma que se “torna possível compreender o ponto de vista da pessoa alvo dos nossos cuidados.” (Barbosa, Lopes, Santos & Morais, 2007, p.13).

A equipa de saúde tem em conta e respeita a ansiedade demonstrada pela pessoa e família/pessoa significativa, incentivando-os a expressar os receios e angústias, esclarecendo dúvidas e respeitando silêncios, quando estes emergem (como é revelado no registo em grelha em apêndice XIV).

O papel do enfermeiro é indispensável e fundamental no meio da equipa multidisciplinar. A equipa age em parceria e complementaridade sendo a informação obtida por cada um dos profissionais acerca da pessoa utilizada em sincronia de modo a melhorar o seu estado de saúde. “O êxito do processo de reabilitação do doente passa pela clareza, fluência e sistematização da informação entre os profissionais de saúde, a qual possibilita o acesso a uma visão holística das necessidades do doente.” (Matos & Pereira, 2005, p. 17).

Na unidade a) diariamente o enfermeiro responsável assiste à passagem de serviço e de seguida partilha a informação com a equipa médica, permitindo uma parceria nos cuidados, o que acaba por ser uma estratégia no planeamento da alta.

Na unidade b) a reunião multidisciplinar que acontece uma vez por semana, é essencial para se fazer a articulação necessária aquando da alta, pois envolve médicos, enfermeiros, assistente social e psicóloga. Isto possibilita dar resposta às necessidades da pessoa, em todas as suas dimensões, de acordo com as suas características individuais e os cuidados necessários de acordo com o procedimento realizado - o transplante de células progenitoras hematopoéticas.

Nesta fase consegui também realizar a atividade proposta de passar pela consulta de enfermagem de hematologia (apêndice XVIII, ponto 3) para que numa fase posterior seja possível a articulação com a mesma no que respeita à alta da pessoa com doença hemato-oncológica. Será um recurso que a pessoa terá podendo ser encaminhada, permitindo o seu *follow-up* aquando da alta clínica.

### **3.3. Objetivo específico: Identificar as necessidades de informação da pessoa com doença hemato-oncológica, confrontada com período de aplasia medular.**

O atingimento deste objetivo foi cumprido, maioritariamente, com a prestação de cuidados à pessoa, mas também durante as passagens de turno, conversas informais com colegas e ainda através da leitura dos registos, tendo sido assim possível compreender a globalidade das necessidades da pessoa na sua individualidade e no seu todo.

Em apêndice XV (grelha elaborada para registo das necessidades de informação da pessoa) verifica-se que, na prática, o que a pessoa valoriza saber é esclarecido pelas informações transmitidas pelo enfermeiro, ao mesmo tempo que aquilo que não sabe está relacionado com o fato de não valorizar e de ser o que o enfermeiro menos

foca nos ensinamentos ao longo dos momentos do cuidar. Verifica-se também que o que a pessoa com doença hemato-oncológica sabe e questiona após a realização do primeiro momento de ensino (admissão) vai ao encontro da informação mais transmitida pelo enfermeiro na capacitação para o processo de transição. Isto demonstra que a informação é útil e assimilada.

Nesta fase foi possível aprimorar as competências mencionadas anteriormente e adquirir competências no âmbito de: fornece um ambiente favorável em que a pessoa e a família são incentivados a partilhar as suas preocupações (EONS, 2013); desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção (A1.) de acordo com a OE (2009) e realização de julgamento/tomada de decisões (DGES, s.d.).

No decorrer dos estágios a) e b) foquei momentos de reflexão quando propícios. Em determinados momentos entre os cuidados e face a situações que me suscitavam dúvidas, dirigi o diálogo com os colegas para a temática da capacitação da pessoa para gerir a aplasia medular e planear a sua alta, aplicando os conhecimentos adquiridos através da revisão da literatura realizada. Noutras ocasiões, observei e escutei os colegas ao partilharem experiências anteriores de cuidados e quando recordavam histórias passadas, nas quais o enfermeiro teve de desmistificar ideias pré-concebidas da pessoa e familiares através da transmissão de informação correta e adequada às suas capacidades de entendimento.

As passagens de serviço foram momentos de partilha muito pertinentes, interessantes e oportunidades de grande aprendizagem, considerando os aspetos que os enfermeiros focavam relacionados com a promoção da gestão de sintomas. Os enfermeiros conhecem os problemas e dificuldades da pessoa, individualizando e focando a sua intervenção na pessoa doente. Observa-se um clima de abertura e interajuda, sendo os problemas debatidos em equipa de enfermagem, encontrando-se estratégias de resolução.

É visível em apêndice XVIII (ponto 4) que as necessidades de informação manifestadas pela pessoa no período de transição, na fase em que decorreu o ensino clínico foram: NHF respirar, NHF estar limpo/cuidado e proteger tegumentos, NHF evitar perigos, NHF comunicar/sexualidade, NHF recrear e NHF ocupar-se.

A passagem na unidade b) permitiu-me conhecer o circuito que a pessoa realiza desde a sua chegada ao serviço de hematologia e que, grande parte das vezes, após uma longa estadia neste mesmo serviço, é proposta a transplante de células

progenitoras hematopoéticas, passando pela consulta de primeira vez, seguindo para o internamento na unidade e posterior acompanhamento em ambulatório. Esta passagem nem sempre é fácil, como é perceptível em apêndice XI, no contato que tive com a Sr<sup>a</sup> C.

A Sr<sup>a</sup> C. já minha conhecida por ter passado no serviço de hematologia e ter sido cuidada por mim, verbalizou as suas dificuldades neste seu processo de transição, que não é único, mas sim de múltiplas transições. Refere que o acompanhamento dos enfermeiros foi essencial em todo o processo permitindo-lhe adaptações no seu dia-a-dia, correspondendo a meu ver a uma transição saudável, mas apesar de tudo, surgem algumas dúvidas como é visível na reflexão em apêndice XI, sobre até que ponto a informação foi bem transmitida não provocando um excesso de cuidados que deveriam ser desmitificados?

A passagem pela consulta de enfermagem de primeira vez permitiu observar o intuito do ensino e aconselhamento individuais à pessoa e família/pessoa significativa, *é responsabilidade do enfermeiro o planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento. Cabe ainda aos enfermeiros oferecer cuidados específicos aos utentes submetidos a quimioterapia e assisti-los nos aspetos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, procurando minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento* (Andrade, 2012, p. 29).

No decorrer da consulta a enfermeira apura a compreensão da pessoa sobre o tratamento proposto, defere dúvidas sobre possíveis efeitos secundários, tece orientações sobre o tratamento a implementar e entrega o guia de acolhimento ao serviço (sendo uma condição facilitadora do ensino), explicando a informação que consta no mesmo e esclarecendo dúvidas, tudo num clima de privacidade e de zelo pela individualidade de cada um, sendo facilitado pela presença da pessoa significativa.

Na relação e interação com o outro, o profissional de enfermagem demonstra uma conduta marcada pela honestidade, precisão, acessibilidade, promovendo que as pessoas se sintam apoiadas, aceites e compreendidas (apêndice XVIII, ponto 2).

São momentos de tensão em que a pessoa se confronta e consciencializa das alterações que poderão surgir decursivas do tratamento confrontando-se com a realidade. Isto causa vulnerabilidade gerada pela vivência da doença oncológica, sentindo a proposta de tratamento como uma ameaça ainda maior à sua integridade já fragilizada.

Enquanto profissionais de enfermagem desempenhamos um papel de apoio e de suporte emocional no decurso do processo de transição. A informação transmitida transporta implicações profundas na vida de cada um, podendo afetá-lo negativamente e comprometer a sua visão do futuro.

A proximidade existente entre enfermeiro e pessoa permite ter em conta o *stress* e as estratégias de adaptação como variáveis determinantes no processo de recuperação e cura. Como refere Benner (2001), as funções educativas, relacionais e as observações do enfermeiro têm um papel fundamental na readaptação da pessoa e na promoção da saúde.

No decurso da consulta de primeira vez, bem como posteriormente no internamento e futuramente no acompanhamento em hospital de dia o enfermeiro valida a informação retida pela pessoa ao longo da sua transição e esclarece dúvidas, reforçando em que consiste o tratamento, modo de administração, duração e periodicidade do mesmo. É fornecida informação sobre alguns dos efeitos secundários e expostas medidas de auto-gestão a implementar perante as diferentes consequências do tratamento,

*para responder às necessidades daqueles de quem cuida, a enfermeira detém um conhecimento técnico-científico complexo, específico e essencial à prática, ligado a uma imprevisibilidade ditada pelos efeitos secundários comuns à terapêutica. Esse conhecimento necessita de tempo e dedicação para ser adquirido e revela-se nas ações do enfermeiro, articuladas com uma visão humanista no âmbito do quotidiano assistencial (Andrade, 2012, p.28).*

A reação das pessoas de acordo com o que lhes vai sendo transmitido é muito diferente e depende de alguns aspetos, como por exemplo, ideias pré-concebidas, conceitos errados, mitos relacionados com a QT, experiências anteriores, idade e fase do ciclo de vida. É essencial que as pessoas alcancem informação e esclarecimentos junto dos profissionais de saúde e não assentem o seu conhecimento em fontes possivelmente enviesadas, como é o caso da comunicação social, família e amigos (Silva & Dias, 2007).

Nos momentos que passei pelo hospital de dia encontrei pessoas que ostentavam resignação, com postura desanimada e de derrota, enquanto outras manifestavam tranquilidade e segurança, exaltando a convicção de que iriam ultrapassar positivamente esta fase. Na situação que descrevo em apêndice (apêndice XI) a Sr<sup>a</sup> D<sup>a</sup> C. aparentou preocupação, cansaço e tristeza, sentimentos acompanhados de conformação e vontade de continuar a lutar.

Transpareceram alguns receios que persistiam, cabendo-me demonstrar empatia, apoiando a pessoa, transmitindo informação que permitiu desmistificar alguns dos medos e receios sentidos, incutindo sentimentos de segurança, conforto e tranquilidade. As pessoas reconhecem e valorizam o encorajamento e apoio emocional prestados pelos enfermeiros, como evidenciado na reflexão (apêndice XI).

O interesse e a disponibilidade manifestados pelos enfermeiros, assim como, uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde, são fatores harmonizadores para a pessoa.

### **3.4. Objetivo específico: Identificar o que a equipa de enfermagem transmite à pessoa para a capacitar na gestão do período de aplasia medular.**

O percurso realizado durante os dois primeiros ensinamentos clínicos culminou na implementação do projeto no serviço onde exerço funções (local c)), efetivado em 168 horas de estágio. O caminho traçado contribuiu para me munir de conhecimentos, capacidades e competências com o intuito de capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de QT, para a auto-gestão aquando do seu regresso a casa.

No que refere à qualidade de cuidados é visível a importância deste objetivo. O processo educativo tem começo no início do internamento, envolvendo a pessoa, família e significantes, transmitindo informação sobre a doença e os efeitos secundários aos tratamentos. No entanto, o ensino não era realizado de forma sistematizada e o seu registo, quando cumprido, não era facilitador da continuidade de cuidados. A não existência de documentos escritos que orientem ou complementem esta informação também se torna dificultador do processo.

Em conformidade com o presente objetivo, desenvolvi algumas atividades com a intenção de envolver a equipa de enfermagem no processo de transmissão de informação, enquanto estratégia promotora da capacitação da pessoa para a auto-gestão do seu processo de transição.

Reuni com a enfermeira chefe e diretora clínica do serviço para apresentar o projeto de intervenção (anteriormente negociado enquanto projeto de formação), compartilhei o planeamento das atividades e das estratégias a desenvolver, garantindo a viabilidade de implementação do mesmo. A reunião foi muito positiva, houve um interesse explícito por parte das intervenientes que fortificaram a pertinência do

trabalho a desenvolver, disponibilizando-se para colaborarem na realização do projeto.

Anteriormente foi realizada auditoria de diagnóstico aos processos, onde foi manifestada a necessidade de implementação do projeto (apêndice XXIII).

Foi aplicada uma sondagem de opinião aos enfermeiros do serviço sobre as estratégias que o enfermeiro usa para capacitar a pessoa na gestão do período de transição que atravessa, empoderando-a para decidir em consciência aquando da alta clínica, que contemplava uma nota introdutória a contextualizar a problemática em estudo e quatro questões abertas. Os questionários foram deixados na sala de trabalho e os enfermeiros foram avisados da necessidade de responderem aos mesmos e do intuito destes. Dos 24 enfermeiros, obtive 21 respostas aos questionários. A não totalidade de resposta à sondagem de opinião, por parte dos enfermeiros, esteve relacionada com o fato de a aplicação do mesmo ter coincidido com férias e com baixas de alguns destes. Considero ter havido adesão, o que reforça o interesse dos profissionais em colaborar no projeto. Em apêndice XIX encontra-se a análise de conteúdo da sondagem de opinião aplicada.

Os intervenientes mencionaram diversos temas sobre os quais disponibilizam informação à pessoa e família, dando ênfase aos cuidados relacionados com os efeitos secundários do tratamento com agentes anti-neoplásicos, como sendo o assunto abordado com mais frequência. Dos efeitos secundários, a aplasia medular e a alteração gastrointestinal são os que obtêm maior expressividade. Temas como a alimentação, os cuidados de higiene e a vigilância de saúde são dos mais focados no que respeita à informação fornecida.

O relevo dos efeitos secundários no processo educativo e na transição que a pessoa experiencia está relacionado com o fato de ser devido aos mesmos que a pessoa percebe a doença e se confronta com as limitações decorrentes da mesma. É também possível identificar, posteriormente, as necessidades da pessoa e fornecer-lhe ferramentas através do ensino, que a tornem competente, atingindo mestria e ultrapassando as dificuldades, adaptando-se à sua nova condição, estabelecendo um novo equilíbrio.

Segundo Thomsom (2000), a educação acerca dos diversos aspetos da QT inclui o procedimento, potenciais efeitos secundários e toxicidades, e cuidados de *follow-up*, sendo as intervenções baseadas nas necessidades de cada indivíduo.



De acordo com as repostas obtidas, a maioria dos enfermeiros transmite informação à pessoa no início, durante a administração e no fim do tratamento com agentes anti-neoplásicos. É menor o número de enfermeiros que refere que a informação é transmitida ao longo do período de internamento, desde a admissão. Alguns profissionais referem momentos específicos em que disponibilizam informação, nomeadamente, durante a alimentação, na presença de visitas e previamente à alta hospitalar.

O ensino à pessoa deverá ter início aquando do diagnóstico e persistir no decurso da doença, existindo temáticas de ensino distintas e de acordo com as fases de tratamento. Assim, no pré-tratamento os temas a abordar estão relacionados com a doença (sintomas e complicações da doença), explicando o tratamento que se segue (finalidade, duração e esquema do tratamento e agentes anti-neoplásicos), efeitos secundários do tratamento e procedimento de colocação de cateter, bem como cuidados com o mesmo. Na fase de tratamento, além dos temas anteriormente mencionados (realizando o reforço do ensino e validando o mesmo), deverá referir-se os cuidados relativos à prevenção de infeção e traumatismos, transfusões sanguíneas e antibioterapia, complicações relacionadas com a doença e tratamento e medidas de autocuidado, nomeadamente, cuidados orais, nutrição, cuidados com o cateter e cuidados dérmicos. Na alta mais uma vez são reforçados e validados os ensinamentos e são abordadas as temáticas: vigilância da saúde (esquema de regime terapêutico e realização de exames e análises), higiene, alimentação, vida íntima, atividade física, atividade social e laboral, recursos da comunidade e sinais de alerta. Quando em regime de ambulatório, as temáticas de ensino abrangem o esquema de acompanhamento médico e de realização de exames complementares de diagnóstico, a medicação, a dieta, o exercício físico, a atividade profissional e a vida íntima. A identificação de estratégias de *coping*, referenciação para serviço social e apoio psicológico, assim como, identificação de recursos da comunidade são considerados assuntos comuns à fase pré-tratamento e aos cuidados de *follow-up* (Ososki, 2000).

Perante as respostas obtidas, a informação disponibilizada à pessoa é elevada sendo descrito como um processo contínuo e constante, sendo que os conteúdos deverão ser fornecidos de forma adequada e faseada,

*as pessoas precisam de certezas, necessitam interpretar o que se passa de forma a sentir que controlam (...) os profissionais devem contribuir informando, gradualmente e durante todo o processo*

*de doença, sobre o que se passa e o que se vai passar. Os profissionais devem tentar manter ou recuperar o sentimento de autocontrolo das pessoas (Barbosa et al., 2007, p.11).*

Os enfermeiros afirmam que a informação deve ser adequada às necessidades da pessoa, de acordo com a sua disponibilidade e vontade de aprender. O ensino é um momento promotor de abertura, que leva ao esclarecimento de dúvidas e acaba por ser tranquilizador. Quando a pessoa e a sua família se encontram mais recetivos e quando a informação é adequada, interessante e apresentada no momento certo, o ensino acaba por ser melhor sucedido (Ream, 2000). Segundo Silva e Dias (2007, p. 15) “enfermeiro, doente e família, devem trabalhar em parceria (...) e as iniciativas de educação não podem banalizar os aspetos sociais, emocionais, culturais e psicológicos que caracterizam a vida do doente.”

Os enfermeiros valorizaram a importância de existirem documentos escritos nomeadamente folhetos, panfletos ou guias informativos que suportem a informação a transmitir à pessoa com doença hemato-oncológica. Os efeitos secundários do tratamento e sinais de alerta para recorrer ao hospital, são alguns dos temas referidos como importantes que devem constar nestes suportes informativos. Segundo Langhorne (2000), Rigdon (2010) e Morrow e Conner-Garcia (2013), a existência de documentos escritos em linguagem simples e direta, que complementem e suportem a informação transmitida à pessoa, constituem um meio para o esclarecimento de dúvidas.

A elaboração de um documento que guie e sistematize a informação a abordar com a pessoa e família/pessoa significativa foi também proposto pelos enfermeiros do contexto.

Foram também sugeridas outras estratégias, para além da transmissão de informação que poderão capacitar a pessoa para o seu regresso a casa como: introdução de programação de ensinos no cronograma, protocolos com *check-list* acerca dos temas a abordar nos ensinos personalizados que constem no processo clínico ou informático, programa de ensinos, guia para a alta, formação em serviço e acompanhamento da pessoa e família após a alta.

O ensino clínico permitiu o desenvolvimento de competências no que respeita a: promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2.), promove a proteção dos direitos humanos (A2.1.), gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente (A2.2.) e gere os

cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional (C1.) de acordo com a OE (2009).

**3.5. Objetivo específico: Divulgar à equipa a necessidade de transmitir e sistematizar informação para capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica na gestão do período de aplasia medular.**

No âmbito do ensino clínico a) realizei uma formação a alguns elementos da equipa de enfermagem com o intuito de reforçar a importância da capacitação da pessoa, pelos enfermeiros na gestão da transição e sugerir novas medidas que podem ser implementadas a nível do ensino e preparação para a alta da pessoa e família/pessoa significativa.

A sessão foi positiva e o *feedback* dos colegas também, no sentido em que houve partilha de experiências e contributos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Estiveram presentes seis enfermeiros, compreendendo a enfermeira chefe e o segundo elemento.

Consideraram pertinentes as sugestões fornecidas e que algumas já estão a ser desenvolvidas como seja: o guia para a alta a entregar a pessoa internada na unidade de tratamento intensivo de doença hematológica.

O plano da sessão encontra-se em apêndice XVI e os diapositivos da sessão em apêndice XVII.

Realizei uma sessão de formação, no ensino clínico c) com a finalidade de divulgar os resultados da revisão realizada e os dados da sondagem de opinião e sensibilizar os enfermeiros para a aplicação dos instrumentos de trabalho elaborados, no sentido de promover a melhoria da qualidade dos cuidados. O plano da sessão e os diapositivos da mesma encontram-se em apêndices XX e XXI, respetivamente.

No que diz respeito às intervenções a implementar no serviço, nomeadamente, a implementação de uma *check-list* de informação a transmitir à pessoa e a elaboração de um guia de recomendações para a alta, os presentes legitimaram a importância e utilidade dos mesmos.

No final da sessão foi aplicado um questionário de avaliação da mesma (apêndice XXII), onde a maioria dos enfermeiros identificou os problemas apresentados na

evidência científica associados à alta não planeada e as estratégias de ensino apresentadas, tendo os objetivos da sessão sido atingidos.

Estas ações de formação contribuíram para o desenvolvimento de competências no que diz respeito a: intervir na área, da formação de profissionais de saúde e populações, da gestão de cuidados de enfermagem e na investigação (...) (guia da unidade curricular estágio com relatório, 2016); promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2.); baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento (D2.); responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade (D2.1.); suporta a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área da especialidade (D2.2.); provê liderança na formulação e implementação de políticas, padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho (D2.3.), de acordo com OE (2009) e comunicar as conclusões, quer a especialistas, quer a não especialistas (DGES, s.d.).

Após a sessão de formação realizada no local onde exerço funções e já tendo sido aplicada a sondagem de opinião, foi feita nova auditoria (apêndice XXIII) aos processos, cinco meses depois, onde se verificou que as pessoas começavam a aderir ao registo dos ensinios realizados, havendo uma continuidade, no sentido em que estes continham informação acerca dos ensinios realizados, desde o início do internamento e ao longo do mesmo, de acordo com as necessidades da pessoa e com as temáticas apresentadas no cartaz (apêndice XXVI) nos diversos momentos.

### **3.6. Objetivo específico: Capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica para a gestão do período de aplasia medular.**

Na última fase deste longo percurso de aprendizagem mobilizei o conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades consequentes das vivências dos estágios e ainda das aprendizagens desenvolvidas durante o meu percurso profissional, suportadas em referencial teórico significativo e atual, com o intuito de capacitar a pessoa com doença hemato-oncológica para a gestão do seu período de aplasia medular. Petronilho (2012), refere que os comportamentos que capacitam a pessoa dando-lhe competências para a auto-gestão do seu processo de transição, adquirindo novo equilíbrio de acordo com a sua situação, referem-se à prática de ações ou atividades iniciadas e executadas pela pessoa, nos prazos adequados, por si próprios

e no interesse da manutenção da vida, do funcionamento saudável e na continuação do desenvolvimento pessoal e do bem-estar.

Auxiliar o outro a cuidar de si próprio, edifica-se como um dos fundamentos da minha praxis, contudo, o aprofundamento de conhecimentos na área específica da transição e auto-gestão da nova condição de saúde possibilitou um aumento da consciencialização da minha atuação na prestação direta de cuidados.

Condigo com Benner (2001), que cabe à enfermeira encorajar a pessoa a “tomar conta de si mesmo”. Apesar de, no que respeita à auto-gestão em situação de doença pode-se tornar uma tarefa exigente e até irrealista por vezes. Isto porque, como adiciona a autora, “enfermeiras especializadas não propõem apenas informações, elas oferecem maneiras de ser, de enfrentar e mesmo novas perspetivas ao doente” (Benner, 2001, p. 104), auxiliando-o na aquisição de aprendizagens para enfrentar a doença e mobilizando a sua energia no sentido da cura.

Ream (2000) refere que a pessoa com cancro consciencializa-se muito rápido dos sintomas causados pela doença e tratamento, tornando-se autónoma na gestão dos mesmos, sendo que os prestadores de cuidados de saúde deverão garantir o fornecimento dos conhecimentos, habilidades e energia para desempenhar esse papel. Desta forma o enfermeiro assume um papel fundamental no processo de educação.

O enfermeiro deve ser promotor do envolvimento da pessoa e família como parte integrante de todo o processo do cuidar, nunca esquecendo que a educação requer uma avaliação e intervenção competente por parte destes profissionais (Langhorne, 2000).

Verifiquei que a disponibilização de informação à pessoa sobre o seu tratamento acarreta diversos benefícios, a pessoa sente-se valorizada e parte integrante do seu plano de tratamento sendo um parceiro ativo dos cuidados. Como refere Silva e Dias (2007), este trio (enfermeiro, doente e família) deve trabalhar em parceria e a educação deve basear-se nos princípios de educação de adultos, isto é um conjunto de processos de aprendizagem, formal ou não, através dos quais os adultos desenvolvem as suas capacidades, enriquecem os seus conhecimentos e melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou as reorientam de modo a satisfazerem as suas próprias necessidades e as da sociedade.

Nas diversas abordagens educacionais que desenvolvi, fui ponderando os fatores facilitadores (conhecimento do que é esperado, suporte de amigos, pares e familiares, as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde, os conselhos de fontes fidedignas, os modelos de papéis e as respostas a dúvidas) e dificultadores (crenças e atitudes culturais, baixo nível socioeconómico, experiência de sintomas psicológicos, insuficiência de recursos, os conselhos não solicitados ou negativos, a informação insuficiente ou contraditória, os estereótipos e o confronto com o negativismo por parte dos outros, os estigmas e os papéis socialmente definidos) do processo de transição (Meleis, 2010) tendo em conta os diferentes estadios de aceitação da doença bem como a fase de tratamento da mesma.

Ao longo do ensino clínico planeei e transmiti informação pertinente à pessoa em risco ou em aplasia medular decorrente do seu processo de transição, aplicando estratégias de educação para melhor adaptar e personalizar o ensino à pessoa como:

- realização de ensino no momento da admissão, ao longo do internamento e no momento da alta;

- promoção de um ambiente calmo (sem ruídos e sempre que possível favorecendo a privacidade) e de disponibilidade para ouvir a pessoa estando presente e criando momentos de ensino e partilha;

- utilização de linguagem simples e acessível;

- limitação da quantidade de informação, respondendo ao que a pessoa questiona e simultaneamente ao longo do internamento, integrado na prestação de cuidados ir avançando na informação a transmitir;

- repetição e validação da informação transmitida;

- informação sobre os sinais de alerta para recorrer ao hospital;

- utilização de suportes escritos concomitante com a transmissão de informação oral;

- solicitação para fazer um resumo do ensino efetuado (Silva & Dias, 2007).

O guia da alta efetuado contém as recomendações a considerar pela pessoa no domicílio e relacionadas com os efeitos secundários ao tratamento com agentes anti-neoplásicos e o *feedback* das pessoas a quem expliquei o mesmo foi bastante positivo permitindo um ensino eficaz e o esclarecimento de dúvidas de acordo com as necessidades da pessoa. Este guia sempre que possível será partilhado com a pessoa significativa envolvendo a mesma no ensino. Como afirma Ream (2000), as pessoas no internamento aprendem um novo reportório de linguagem e habilidades que lhes permite gerir a sua situação de doença com os efeitos adversos dos

tratamentos, e quando regressam a casa gerem os seus sintomas e tratamento autonomamente ou com o apoio da pessoa significativa.

A elaboração do guia de recomendações para a alta, que se encontra em apêndice XXIV, visa capacitar a pessoa para auto-gestão da sua situação, capacitando-a para a tomada de decisões esclarecidas e promovendo a sua participação em todo o processo. Organiza-se em conformidade com a *checklist* e padronização para S-Clínico da preparação para a alta e em torno de diferentes áreas (apresentados em apêndice XXV), especificamente, cuidados de higiene, cuidados de higiene oral, alimentação, dieta neutropénica, atividade social e laboral, vida íntima, vigilância de saúde, situações em que deve contactar o hospital, contatos e recursos comunitários.

Uma vez que, não foi possível durante a realização do estágio a aplicação do guia de recomendações para a alta à pessoa, para que esta manifestasse a sua opinião sobre a informação escrita e a pertinência deste (guia sem aprovação pela direção de enfermagem) no decorrer da minha prestação de cuidados, abordei a pessoa com doença hemato-oncológica em aplasia medular, no sentido de colher informação sobre a importância deste guia e a informação que o mesmo deveria conter.

Foi visível a necessidade de um folheto com os respetivos cuidados aquando do regresso a casa, pois a informação nem sempre é assimilada e desta forma poderiam antes de realizar uma chamada ou recorrer aos serviços de saúde, consultar o guia e esclarecer dúvidas que surgissem. Foram manifestadas maioritariamente as dificuldades no que diz respeito aos cuidados com a alimentação.

Foi possível desenvolver competências no decorrer das atividades, referidas anteriormente, como: cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro (B3.); promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos / grupo (B3.1.) de acordo com OE (2009) e realiza uma avaliação abrangente de enfermagem tendo em conta as condições físicas, sociais, culturais, fatores psicológicos e espirituais (EONS, 2013).

**3.7.Objetivo específico: Agir como elemento dinamizador da equipa de enfermagem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica.**

Enquanto futura enfermeira especialista, elaborei um guia de boas práticas para os enfermeiros (apêndice XXV), orientador da capacitação da pessoa com doença

hemato-oncológica em processo de transição, facilitando e sistematizando a atuação dos mesmos na preparação da pessoa para a alta clínica. Este guia contém a *checklist* de ensinamentos a realizar ao longo do internamento e aquando da alta, de acordo com os momentos que a evidência científica aponta. Para além disso é apresentada uma proposta de registo em S-Clinico, que ainda se encontra a ser discutida com a enfermeira responsável pela respetiva plataforma. Esta proposta surgiu, pois no início de 2017 deixamos de ter registo escrito e o mesmo passou a ser realizado informaticamente. A proposta encontra-se em validação. Esta proposta foi realizada de acordo com a teórica Meleis e deseja-se que futuramente seja possível retirar indicadores de resultado de acordo com Meleis (2010) como está presente no guia de boas práticas para os enfermeiros (apêndice XXV).

A produção do guia de boas práticas foi suportada pela bibliografia disponível e pelo guia de recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados, produzido pela OE (2007). Os estágios realizados onde já existiam manuais e guias deste tipo acabaram também por dar contributo para o documento elaborado.

Os enfermeiros têm um papel fulcral na educação da pessoa submetida a tratamento com agentes anti-neoplásicos, por isso há necessidade de criar formas de padronizar e orientar os enfermeiros para a educação permitindo a atuação coerente e, conseqüentemente, a obtenção de melhores ganhos em saúde e uma resposta mais eficaz ao tratamento. “Um doente esclarecido reage com mais naturalidade e segurança, torna-se mais autónomo e sabe como atuar em cada situação.” (Silva & Dias, 2007, p.17).

O guia de boas práticas tem como finalidade melhorar a qualidade da dimensão da prática clínica, através da fundamentação, uniformização, registo sistematizado e validação da informação disponibilizada à pessoa e sua família e conseqüente melhoria da continuidade de cuidados.

Este guia bem como o guia de recomendações para a alta da pessoa, foi apresentado e discutido com a enfermeira chefe, com a diretora do serviço e com a docente tutora do projeto, com o segundo elemento da chefia e os quatro responsáveis de equipa. Foi ainda fornecido via *e-mail* aos restantes elementos da equipa de enfermagem. A versão final colheu as alterações sugeridas.



Durante a realização do estágio procedi à divulgação do guia orientador do processo educativo aos elementos da equipa de enfermagem. A receptividade da equipa foi positiva. Contudo, a formação em serviço sobre o guia de boas práticas elaborado, não foi possível no decorrer do estágio, pelo que será realizada numa fase posterior.

Com base neste guia, foi realizado em conjunto com uma colega da especialidade a trabalhar a segurança da pessoa na administração de agentes anti-neoplásicos, um cartaz com intuito de servir de memorando e ser de fácil acesso para os profissionais de enfermagem, de modo a orientar os ensinamentos à pessoa com doença hemato-oncológica pelos respectivos momentos – admissão, início do ciclo de QT, durante o internamento e alta (apêndice XXVI).

Neste momento foram aprimoradas as competências anteriormente mencionadas e as respetivas atividades permitiram o desenvolvimento de competências como: realiza uma avaliação abrangente de enfermagem tendo em conta as condições físicas, sociais, culturais, fatores psicológicos e espirituais (EONS, 2013) e auto-aprendizagem, que permite a aprendizagem ao longo da vida, de modo fundamentalmente, auto-dirigido e autónomo (DGES, s.d.).

#### **4. Questões éticas**

Ao longo das experiências de estágio evidenciei algumas questões éticas presentes na transmissão de informação e, por isso, é fundamental salientar alguns aspetos no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal das competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2009).

Neste percurso tive respeito pela dignidade da pessoa enquanto ser único e considerando a sua vulnerabilidade, enquanto doente e ser vulnerável, atendi aos princípios de beneficência e autonomia.

A relação de ajuda desenvolveu-se num processo dinâmico e de parceria assente no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel com a finalidade de ajudar a pessoa a tornar-se capaz de cuidar de si próprio.

Promovi no meu desempenho e na equipa o respeito pelo direito dos doentes no acesso à informação e favoreci o respeito pelos seus valores, costumes, crenças espirituais e práticas específicas do indivíduo, reconhecendo e aceitando os seus direitos, nomeadamente o consentimento informado.

Considereei a transmissão de informação sendo uma atividade autónoma de enfermagem, mas em regime de complementaridade funcional, promovendo a melhoria contínua da qualidade de saúde.



## **5. Avaliação crítica**

Considero que no decorrer da implementação do projeto e a aplicabilidade do mesmo existiram pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades relativamente ao mesmo.

Ao finalizar este percurso aqui descrito e analisado, decerto que é maior a capacidade de resposta às questões que emergem da prática especializada à pessoa com doença hemato-oncológica em regime de internamento, estando, por isso, os profissionais de enfermagem, mais habilitados para promover a auto-gestão dos cuidados, facilitando o processo de transição que a pessoa vivência. A teórica que suporta a implementação do projeto, Meleis, em conjunto com Virgínia Henderson, que orienta a filosofia dos cuidados na instituição, trouxeram um contributo valioso tanto para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como, para o contexto onde trabalho, abrindo caminho para a melhoria da qualidade na prestação de cuidados em contexto de internamento na capacitação da pessoa para o seu regresso a casa. A realização dos diferentes estágios foi também indispensável, sendo facilitadores da integração das aprendizagens adquiridas durante o percurso teórico, representando momentos cruciais para refletir sobre a prática. A nível pessoal fez-me crescer e aumentar o meu auto-conhecimento, sendo fundamental no estabelecimento de relação com o outro, permitindo a consciência da influência pessoal na relação profissional, facilitando a gestão de sentimentos e emoções, desenvolvendo a capacidade de adaptação e de resposta ao imprevisto. A nível profissional as experiências de estágio bem como o referencial teórico permitiram a sustentação dos cuidados prestados, fundamentando os processos de tomada de decisão e as intervenções implementadas. No meu contexto de trabalho o fato de ser detentora de conhecimentos mais aprofundados na área dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, sob regime de QT, assim como o saber adquirido nas experiências de estágio, tornaram-me um elemento de referência na equipa de enfermagem.

De acordo com a análise *SWOT* (apêndice VI), como pontos fortes destaco a utilidade visível na prática; a receptividade da equipa de enfermagem, da chefia de enfermagem e da diretora do serviço; como oportunidades identifico o desenvolvimento de competências (descritas atrás) de acordo com o preconizado

pela ESEL, a compreensão do impacto dos ensinamentos no processo de transição da pessoa e gestão da mesma e a articulação com a consulta de enfermagem; quanto a fraquezas aponto o pouco tempo para a implementação do projeto e como ameaças enumero o elevado desgaste psicológico e físico da equipa de enfermagem do meu serviço, a resistência por parte de alguns profissionais no que respeita à articulação necessária para um planeamento atempado da alta e a dinâmica do serviço que, por vezes, impossibilita o planeamento da alta.

O projeto implementado possibilitou a sistematização da informação a transmitir à pessoa capacitando-a para o seu regresso a casa, tendo os enfermeiros atenção no seu dia-a-dia em seguir o guia de boas práticas e o cartaz, que foram disponibilizados, respeitando os momentos de ensino, tendo sempre em conta a pessoa que têm perante si e fazendo as adaptações necessárias. É notório nas passagens de turno uma atenção em ser transmitida a informação que foi dada à pessoa e família e os ensinamentos realizados, demonstrando as dificuldades sentidas e o que é necessário reforçar, validar e encontrar estratégias com a pessoa. O sistema informático é ainda um fator dificultador, pois ainda está a ser negociado com a responsável do S-Clinico a integração dos quadros com os diagnósticos a serem levantados e as respetivas intervenções de enfermagem a registar pelos enfermeiros, apresentados no guia de boas práticas (apêndice XXV), para que seja possível dar visibilidade à intervenção de enfermagem neste processo de transição.

No entanto, os enfermeiros já levantam focos e intervenções no sentido de deixar registado este processo de ensino e haver uma continuidade de cuidados e melhoria dos mesmos, dentro das potencialidades do sistema informático, de acordo com parte da proposta feita para o S-Clinico.

Infelizmente o guia de recomendações para a alta, para entregar à pessoa, aguarda aprovação da direção de enfermagem e este será uma mais valia para a pessoa aquando da sua alta.

Anseio a implementação do *follow-up* telefónico, após a alta da pessoa, bem como, o protocolo com a consulta de enfermagem (em fase de concretização), cujo curto tempo para implementação do projeto não facilitou o início destas atividades.

## **6. Melhoria da qualidade dos cuidados**

Atendendo aos dias de hoje e ao crescimento e evolução exponencial no que respeita à área da ciência e consecutivamente à área da saúde é essencial um investimento no ensino da pessoa.

Temos vindo a melhorar os cuidados à pessoa que temos perante nós, agindo sempre no sentido da auto-gestão da pessoa e do processo de transição que vivência. Assim, de acordo com o investimento existente na área da saúde os nossos sobreviventes de cancro necessitam de um acompanhamento. Esse acompanhamento poderá ser mais eficiente consoante o planeamento que fazemos decorrente dos seus internamentos, permitindo a sua capacitação para a auto-gestão no regresso a casa.

Desta forma, o presente projeto terá contribuído para a melhoria dos cuidados no sentido em que sistematiza a informação a transmitir à pessoa ao longo do internamento, capacitando-a para experienciar transições saudáveis ao longo do seu percurso. O que estamos a fazer ao agir em conformidade com este projeto é padronizar os cuidados com o intuito da informação transmitida à pessoa ser coerente ao longo do seu processo. De acordo com Meleis, Sawyer, Hilfinger e Schumacher (2000), a preparação antecipada para uma mudança facilita a experiência de transição, considerando que a falta dessa preparação pode inibir o percurso. Por sua vez será útil para gerir a transição na preparação e no conhecimento sobre o que esperar durante a mudança e quais as estratégias a usar no processo de transição.

Os profissionais de enfermagem aderiram à sistematização de ensinamentos, havendo uma coerência e uniformização no ensino à pessoa.

A implementação do presente projeto permitiu: as parcerias com a pessoa e família; o rigor técnico/científico na implementação das intervenções; a otimização das capacidades da pessoa e pessoas significativas para uma adequada gestão aquando do regresso a casa; o ensino, instrução e treino da pessoa e cuidadores sobre a adaptação individual requerida, maximizando a sua autonomia e *empowerment*; a utilização de estratégias eficazes para prevenção de efeitos secundários e a elaboração de guia de boas práticas, com formação e assessoria à equipa e do sistema de registo de enfermagem.



## **Conclusão e trabalho futuro**

Considero que o percurso de aprendizagem realizado permitiu o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais que me permitem desempenhar uma prática profissional que capacita a pessoa para a gestão da transição que vivência aquando do seu regresso a casa.

A realização da transição concretiza-se quando a pessoa alcança um período de menor rutura ou maior estabilidade fruto do desenvolvimento e crescimento relativamente ao que aconteceu antes e que vivenciou.

Os enfermeiros são os cuidadores profissionais responsáveis por desenvolver intervenções de enfermagem, estando despertos e conscientes das necessidades e mudanças que as transições provocam na vida do indivíduo, preparando-o para lidar com elas através da aprendizagem e aquisição de conhecimentos, competências e habilidades (Meleis et al, 2000).

A pesquisa bibliográfica para procurar a evidência científica e as experiências de estágio promoveram o desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências que levaram à prática reflexiva, ao julgamento clínico e autonomia na tomada de decisão bem como à segurança e melhoria da qualidade dos cuidados.

Nos momentos de cuidados arbitrei as situações recorrendo ao saber teórico e ainda ao saber consequente da experiência, incorporando-os e sustentando a decisão em princípios, valores e normas deontológicas. De acordo com Benner (2001), a teoria é essencial, mas há elementos em determinadas situações que esta não prevê e só a experiência permite prever.

Ao longo do caminho percorrido demonstrei empatia, valorizando a pessoa com doença oncológica e pessoas significativas, compreendendo a sua interpretação da doença. Avaliei o impacto da doença, assim como as necessidades de informação, utilizando técnicas de comunicação para promover o bem-estar da pessoa dando espaço para a expressão de dúvidas e preocupações.

Os conhecimentos que adquiri no âmbito do tratamento com agentes anti-neoplásicos foram transmitidos durante os cuidados prestados promovendo o auto-conhecimento da pessoa no que respeita às consequências do tratamento, muito relacionadas com a preocupação da aplasia medular que a pessoa manifesta e restantes complicações, de modo a garantir a auto-gestão relativamente à vigilância



de sinais e sintomas e a implementação de estratégias de suporte com vista à obtenção de bem-estar.

Providenciei um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual produtor de segurança da pessoa e família, com base numa prática holística, respeitadora da identidade cultural e espiritual de cada um, envolvendo familiares e pessoas significativas.

Refleti no decorrer de todo este processo sobre o meu percurso profissional, aprofundando conhecimentos e desenvolvendo as minhas capacidades, enquanto ser humano e enfermeira, reconhecendo os meus recursos e limitações pessoais e profissionais.

O referencial teórico foi e será a base dos cuidados prestados, sustentando os mesmos sendo um alicerce à tomada de decisão e às intervenções realizadas. Torno-me um elemento de referência no meio da equipa de enfermagem, atuando como agente dinamizador e facilitador, uma vez que, detenho conhecimentos mais aprofundados no âmbito dos cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica que vivência períodos de transição decorrente da doença e consequente tratamento.

Tendo em conta os cinco níveis de aquisição de competências propostas por Benner, considero que me encontro no nível de proficiente, pois perceciono as situações de cuidados como um todo, compreendendo os problemas, dirigindo a minha atuação aos mesmos. Acredito que decorrente das competências adquiridas neste trajeto me aproximo do patamar de enfermeira perita.

Em concreto o presente projeto possibilitou a elaboração de um Guia de Boas Práticas para os enfermeiros e um Guia de Recomendações para a alta, para as pessoas doentes.

Futuramente pretendo manter o projeto que iniciei através da realização de formações e partilha de resultados de enfermagem e da evidência científica mais recente sobre a temática por *e-mail*, semestralmente aos profissionais do serviço, com o compromisso da atualização da evidência científica, bem como, dar início ao protocolo com a consulta de enfermagem (em fase de elaboração) para o *follow-up* da pessoa com alta e aos telefonemas 48 horas após a alta, a partir de Julho/Agosto do ano corrente. Tenciono demonstrar os resultados quanto à eficácia dos ensinamentos utilizando os indicadores de resultado propostos por Meleis (2010), nomeadamente através da demonstração de competência e conhecimento (mestria) e

simultaneamente com a adoção de novos comportamentos, por parte da pessoa com doença hemato-oncológica em aplasia medular.

Pretendo ainda dar maior enfoque aos aspetos da alimentação da pessoa em aplasia medular, uma vez que, esta é das dificuldades mais sentidas pela pessoa e pelos profissionais de saúde, através de outro projeto, envolvendo os pares, a dietista, a chefe, a equipa médica e a pessoa.

Desejo por fim, divulgar a experiência e os resultados da implementação deste projeto na reunião anual da Sociedade Portuguesa de Hematologia em Novembro de 2017 e possivelmente escrever um artigo para ser publicado na Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.



## **Referências bibliográficas:**

1. Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didácticas*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
2. Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.news*. 6 (21), p.27-31.
3. Bagcivan G., Masatoglu B. & Topcu Z. (2015) Informal Caregivers' Knowledge and Practice of Caring for Neutropenic Patients; *Clinical Journal of Oncology Nursing*; 19 (4).
4. Barbosa, M., Lopes, R., Santos & J., Morais, M. (2007). O familiar do doente oncológico hospitalizado: percepção da informação recebida dos profissionais. *Onco.news*. 1 (2), p.9-14.
5. Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
6. Bidarra, A. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Lisboa, Dissertação de Mestrado em Ciências da Dor pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
7. Correia, A. & Santos, I. (2008). Vivência do Utente Oncológico Submetido a Quimioterapia. *Sinais Vitais*. 79, p.25-28.
8. Dana-Farber Cancer Institute. Acedido a: 20/03/2016. Disponível em: <http://www.dana-farber.org/Health-Library/Blood-counts.aspx>
9. Direcção Geral do Ensino Superior. (n.d.). Descritores de Dublin. Acedido a: 10/03/2017. Disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
10. Direcção-Geral de Saúde (1999). *Carta dos Direitos e Deveres do Doente*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. Acedido a: 6/04/2016. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=55065716AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
11. EONS. (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013 (4th Edit.)*. Brussels: European Oncology Nursing Society.
12. European Oncology Nursing Society (2005) *Post-basic Curriculum in Cancer Nursing*.

13. Fee-Schroeder K., Howell L., Kokal J., Bjornsen S., Christensen S., Hathaway J. & Vickers K. (2013) Empowering Individuals to Self-Manage Chemotherapy Side Effects. 17 (4); *Clinical Journal of Oncology Nursing*.
14. Henderson, V. (2007). Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE (I. Gomes, J. Santos, M. Silva, M. Soares, T. Félix & T. Rebelo, Trad.). Loures: Lusodidacta. (Tradução do original do inglês INC basic principles of nursing care, ano e editor desconhecido).
15. Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 19 (6). p.1178-1184. Acedido a: 17/03/2016 Disponível em: [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1365-2648](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1365-2648).
16. Langhorne, M. (2000). Quimioterapia. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p. 587-623). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Oncology Nursing, s.d., 1997).
17. Leonard, K. (2011). A European survey relating to cancer therapy and neutropenic infections: Nurse and patient viewpoints. In *European Journal of Oncology Nursing* (2012) 16 p. 380-386.
18. Louro, S. (2009). *O impacto da incapacidade física na Qualidade de Vida relacionada com a Saúde nos Doentes Oncológicos. Um estudo exploratório*. Lisboa, Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
19. Macedo, A.; Andrade, S.; Moital, I.; Moreira, A.; Pimentel, F.; Barroso, S. & Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal: Racional, objectivos e metodologia - Estudo Perfil. *Acta Médica Portuguesa*. [Online]. Vol. 21, nº 4, p.329-334. Acedido a 16/03/2016. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2008-21/4/329-334.pdf>.
20. Martins, J. C. A. (2007). O Enfermeiro na Informação ao Doente. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 12, p.11-14.
21. Matos, P., Pereira, G. P. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In Pereira, M. G., Lopes, C. *O doente oncológico e a sua família*. (2ª ed.). (p. 15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
22. Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New york: Springer Publishing.

23. Meleis, A. & Transgenstein, P. (2010). Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing.
24. Meleis, Sawyer, Hilfinger & Schumacher (2000). Experiencing transitions: an emerging middle range theory. *Advanced in Nursing Science*, 23(1), p.12-28.
25. Memorial Sloan Kettering Cancer Center. Acedido a 20/3/2016. Disponível em: <https://www.mskcc.org/cancer-care/patient-education/neutropenia-low-white-blood-cell-count>
26. Morrow, D. G. & Conner-Garcia, T. (2013). Improving Comprehension of Medication Information. *Journal of Gerontological Nursing*. 39 (4), p.22-29.
27. Nunes, A. (2008). *Ajustamento Psicossocial da mulher com cancro da mama submetida a mastectomia e a quimioterapia neoadjuvante e adjuvante*. Lisboa, Dissertação de Mestrado em Oncologia pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto.
28. Nunes, R. (2004). Principais efeitos secundários da hormonoterapia, imunoterapia e quimioterapia. In Bilro, M. E., Cruz, A. G. *Enfermagem Oncológica*. Coimbra: Formasau.
29. Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Acedido a: 1/03/ 2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomendais\\_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomendais_BPraticas.pdf)
30. Ordem dos Enfermeiros (2009) *Modelo de Desenvolvidos Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Acedido a 10-04-2016. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt>
31. Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
32. Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em situação de doença crónica e paliativa*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

33. Ososki, R. (2000). Leucemia. In Otto, S. E. (Coord.). *Enfermagem em Oncologia*. (p.313-343). (3ª ed.). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Oncology Nursing, s.d., 1997).
34. Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
35. PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa. Direcção Geral da Saúde.
36. Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5º Ed. Lisboa. Lusociência.
37. Ream, E. (2000). Information and education for patients and families. In Kearney, N., Richardson & A., Giulio, P. (Eds.). *Cancer Nursing Practice: A Textbook for the Specialist Nurse*. (p.135-157). Edinburgh: Churchill Livingstone.
38. Rebelo, T. (1997). Sobre a noção de Prática. *Pensar Enfermagem*, 1 (0), p.3-4.
39. Ribeiro, R. (2004) Cuidar o Doente Oncológico. *Enfermagem Oncológica*. Porto. Nº 32. Outubro 2004. p. 30 – 33.
40. Rigdon, S. (2010). Development of Patient Education for Older Adults Receiving Chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14 (4), p.433-441.
41. Rodrigues, F. & Polidori, M. (2012). Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 58 (4), p.619-627.
42. Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*. 15, p.1–37.
43. Sá, E. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de Literatura. *Pensar Enfermagem*. 14 (2), p.55-69.
44. Saraiva, M. (2003). O processo de comunicação em ambiente oncológico. Vivências dos enfermeiros e seus significados. *Revista Investigação em Enfermagem*. 8, p.37-48.
45. Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada um sentido para o desenvolvimento da profissão e disciplina. *Revista Servir* (55) p.11-20.
46. Silva, S. & Dias, V. (2007). Ensinar o doente a lidar com a toxicidade hematológica no pós-quimioterapia: definição de guideline. *Onco.news*. 1 (1), p.11-17.
47. Sousa, D. (s.d.). *COMPETÊNCIAS E SABERES EM ENFERMAGEM*.

48. Thompson, K. & Hogan, R. (1995). Intervenções em Pessoas com Problemas Hematológicos. In Phipps, W., Long, B., Woods, N. & Cassmeyer, V. (Eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. (p. 791-829). (2ª ed.). (Volume I - Tomo II). Lisboa: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-Cirurgical Nursing: Concepts and Clinical Practice, s.d., 1991).
49. Thomsom, E. (2000). Chemotheraphy. In Grundy, M. (Ed.). *Nursing in Haematological Oncology*. (p. 101-126).